

John Bowlby

# O bază de siguranță

Aplicații clinice  
ale teoriei atașamentului

Traducere din engleză de  
Alexandra Timofte



*Long*

Editori:  
SILVIU DRAGOMIR  
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:  
MAGDALENA MĂRCULESCU

Coperta:  
FABER STUDIO

Redactor:  
SIMONA REGHINTOVSCI

Director producție:  
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:  
EUGENIA URSU

Corectură:  
ROXANA SAMOILESCU  
RODICA PETCU

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**

**BOWLBY, JOHN**

**O bază de siguranță** : aplicații clinice ale teoriei atașamentului /  
John Bowlby ; trad.: Alexandra Timofte. - București : Editura Trei, 2011  
Bibliogr.  
ISBN 978-973-707-422-5

I. Timofte, Alexandra (trad.)

159.942.52

Titlul original: A Secure Base

Autor: John Bowlby

Copyright © 1988 R.P.L. Bowlby, R.J.M. Bowlby and A. Gaitling  
Preface to Routledge Classics Edition © 2005 Jeremy Holmes  
Publicată prin acord cu Routledge, un imprint Taylor & Francis Group.

Copyright © Editura Trei, 2011  
pentru prezenta ediție

C.P. 27-0490, București  
Tel./Fax: +4 021 300 60 90  
e-mail: comenzi@edituratrei.ro  
www.edituratrei.ro

ISBN: 978-973-707-422-5

*Pentru  
Mary D.S. Ainsworth,  
care a introdus conceptul de  
bază de siguranță*

## Cuprins

9	<i>Prefață</i>
11	<i>Mulțumiri</i>
13	<i>Prefață la prezenta ediție</i>
25	Îngrijirea copiilor
51	Originile teoriei atașamentului
78	Psihanaliza ca artă și știință
105	Psihanaliza ca știință a naturii
131	Violența în familie
163	A ști ceea ce nu ar trebui să știi și a simți ceea ce nu ar trebui să simți
193	Rolul atașamentului în dezvoltarea personalității
221	Atașament, comunicare și proces terapeutic
251	<i>Bibliografie</i>
277	<i>Anexă la bibliografie</i>

## Prefață

În anul 1979 am publicat câteva prelegeri, pe care le ținusem cu diferite ocazii pe parcursul celor două decenii anterioare, într-un volum cu titlul *The Making and Breaking of Affectional Bonds* [Crearea și ruperea legăturilor afective]. În acest volum, prezint o serie de alte prelegeri, pe care le-am ținut ulterior. Primele cinci prelegeri au fost ținute în fața unui anumit public, cu anumite ocazii; detaliile referitoare la aceste aspecte sunt prezentate într-o scurtă introducere. Celelalte trei prelegeri reprezintă versiuni extinse ale unor prelegeri pe care le-am ținut într-o formă schematică în fața unui auditoriu format din specialiști în domeniul sănătății mentale, în unele țări de pe continentul european și cel american. Ca și în volumul anterior, m-am gândit că cel mai bine ar fi să prezint fiecare prelegere într-o formă asemănătoare celei în care fusese publicată inițial.

Deoarece teoria atașamentului stă la baza fiecărei prelegeri, a fost necesar să elimin anumite aspecte, pentru a evita repetările în exces. Prezentând aceleași idei în contexte diferite, sper că aspectele care au rămas neschimbate vor clarifica și vor accentua trăsăturile distinctive ale teoriei atașamentului.

Este puțin neașteptat faptul că, deși teoria atașamentului a fost formulată de către un clinician pentru a fi utilizată în vede-



- 10 rea stabilirii diagnosticului și în vederea tratării pacienților și familiilor cu probleme emoționale, totuși, până acum, această teorie a fost utilizată în principal pentru a promova cercetarea în domeniul psihologiei dezvoltării. Întâmpin cu bucurie descoperirile rezultate în urma acestor cercetări și consider că ele extind enorm modul în care înțelegem dezvoltarea personalității și psihopatologia, având astfel o importantă relevanță clinică; cu toate acestea, a fost decepționant faptul că terapeuții nu s-au grăbit să testeze modurile în care poate fi utilizată teoria atașamentului. Probabil că există multe motive pentru care s-a întâmplat acest lucru. Unul dintre motive este acela că, inițial, datele utilizate în cadrul acestei teorii păreau să aparțină excesiv ariei comportamentale. Un alt motiv este acela că terapeuții sunt persoane foarte ocupate și care, în mod firesc, nu sunt dispuse să-și petreacă timpul încercând să stăpânească un cadru conceptual nou și străin până când nu au motive puternice să creadă că acest aspect le va perfecționa înțelegerea clinică și aptitudinile terapeutice. Pentru cei care au decis că a sosit momentul să-și facă o idee în legătură cu ce are de oferit această nouă perspectivă, sper că prelegerile cuprinse în acest volum pot oferi o introducere oportună.

## Mulțumiri

În ultimii zece ani am avut deosebita șansă de a comunica frecvent cu echipa și cu studenții de la Clinica Tavistock, precum și cu un număr de colegi implicați în cercetările de pionierat asupra modului în care se dezvoltă tiparele de atașament pe parcursul perioadei de sugar și al copilăriei. Tuturor le sunt profund recunoscător, pentru că mi-au oferit adesea sugestii folositoare, pentru că uneori mi-au indicat rectificările care erau necesare și pentru că întotdeauna m-au stimulat și m-au încurajat. Secretarei mele, Dorothy Southern, îi sunt de asemenea profund recunoscător, pentru că mulți ani la rând m-a asistat cu devotament, ani în care interesele mele au devenit interesele ei proprii.

Pentru asistența editorială în pregătirea acestor prelegeri în vederea publicării lor îi datorez mulțumiri lui Molly Townsend.

Primele șase prelegeri din acest volum au apărut și în alte publicații și le sunt recunoscător editorilor respectivi pentru permisiunea acordată de a le prezenta din nou în această carte. Prelegerea 1 a fost Capitolul 18 din lucrarea *Parenthood: A Psychodynamic Perspective* [Parentajul: o perspectivă psihodinamică], coordonată de Rebecca S. Cohen, Bertram J. Cohler și Sidney H. Weisman, Ed. Guilford Press, New York (1984); Prelegerea 2 a apărut în *American Journal of Orthopsychiatry* 52: 664–78 (1982) sub

- 12 numele „Attachment and loss: retrospect and prospect” [Atașament și pierdere: o abordare retrospectivă și prospectivă]; Prelegerea 3, „Psychoanalysis as art and science” [Psihanaliza ca artă și știință] a fost publicată în *International Review of Psychoanalysis* 6: 3–14 (1979); Prelegerea 4, „Psychoanalysis as a natural science” [Psihanaliza ca știință a naturii] a apărut în *International Review of Psychoanalysis* 8: 243–56 (1981); Prelegerea 5 a fost publicată sub numele „Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems” [Violența în familie ca tulburare a sistemelor de atașament și îngrijire] în *The American Journal of Psychoanalysis* 44: 9–27 (1984); Prelegerea 6 a constituit Capitolul 6 din lucrarea *Cognition and Psychotherapy* [Cogniție și psihoterapie], coordonată de Michael J. Mahoney și Arthur Freeman, Ed. Plenum Publishing Corporation, New York și Londra (1985), versiune extinsă a lucrării „On knowing what you are not supposed to know and feeling what you are not supposed to feel” [A ști ceea ce nu ar trebui să știi și a simți ceea ce nu ar trebui să simți], publicată în *Canadian Journal of Psychiatry* 24: 403–8 (1979).

John Bowlby

## Prefață la prezenta ediție

Lucrarea *O bază de siguranță* a apărut pentru prima dată atunci când John Bowlby avea 81 de ani. Cu toate că, în mod surprinzător, trebuia să mai apară o carte — biografia Darwin — această lucrare reprezintă contribuția lui finală la teoria atașamentului, disciplină pe care el, cu ajutorul lui Mary Ainsworth, a fondat-o în urmă cu jumătate de secol. Astfel, cartea *O bază de siguranță* ne dă sentimentul unei despărțiri — o privire de ansamblu asupra unei activități de o viață, dar este și un omagiu și reprezintă transmiterea ștafetei noii generații de cercetători și clinicieni în domeniul teoriei atașamentului.

În această lucrare vor fi regăsite toate temele abordate de Bowlby — teoretice, etiologice, metodologice, clinice și politice. El reiterează aspectele conceptuale fundamentale ale ideilor lui: caracterul primordial al răspunsului caracteristic comportamental de atașare și rolul pe care acesta îl are pentru protecția față de prădători; îngrijirea caracterizată de sensibilitate ca fundament pe care se construiește sănătatea psihică; importanța permanentă a atașamentului pe parcursul întregului ciclu de viață. El susține cu tărie că dificultățile întâmpinate în viața reală — privarea de afecțiune, pierderea pentru care doliul nu a fost trăit, respingerea, obscurizarea, neglijarea, abuzul fizic și

14 sexual — reprezintă originile psihopatologiei ulterioare, în contrast cu presupusele entități endopsihice precum „pulsivitatea de moarte”.

Din punct de vedere metodologic, Bowlby subliniază importanța observației științifice sistematice a copiilor și părinților, în contrast cu reconstrucțiile speculative făcute în cabinet. Din punct de vedere clinic, el privește terapeutul ca oferind o bază de siguranță pentru pacienții lui, o bază de la care ei pot începe să abordeze aspectele emoționale în cadrul unui discurs liber și fluent, trăsătură care este specifică celor care prezintă un atașament caracterizat de siguranță. În cele din urmă, este prezentată baza filosofiei sociale a lui Bowlby, aflată în centrul operei sale: „Forța umană (atât a bărbaților, cât și a femeilor) care să producă copii fericiți, sănătoși și încrezători în sine nu este deloc luată în considerare. Am creat o lume întoarsă pe dos.” (p. 27)

În ultimii 25 de ani am asistat la o creștere bruscă a interesului față de teoria atașamentului, care a culminat cu apariția lucrării de referință *Handbook of Attachment* [Manual de teoria atașamentului] (Cassidy & Shaver, 1999), o prezentare impresionantă a modului în care sămânța cultivată de Bowlby și Ainsworth, care a prins rădăcini viguroase, a dat naștere, în teorie, clinică și cercetare, la numeroase dezvoltări, aplicații și idei. În această scurtă introducere voi alege trei dintre aceste direcții de dezvoltare, sau „progrese recente” din teoria atașamentului, indicate de Bowlby, dar care s-au dezvoltat foarte mult din momentul în care a fost publicată pentru prima dată *O bază de siguranță: rolul taților în crearea atașamentelor caracterizate de siguranță; mentalizarea și „teoria minții” ca achiziție majoră a dezvoltării; și psihoterapia ca întreprindere interpersonală.*

*Atașamentul față de tați.* Așa cum se sugerează în citatul de mai sus, Bowlby a insistat mereu asupra faptului că mamele și tații au o mare importanță atunci când vorbim despre oferirea unei baze de siguranță. Un aspect fundamental și semnificativ în argumentarea faptului că siguranța atașamentului reprezintă un fenomen interpersonal, interactiv, și nu pur și simplu o chestiune care ține de temperamentul înăscut al copilului, îl reprezintă faptul că unul și același copil, în procedeul Situația străină, poate fi evaluat ca fiind sigur cu un părinte și nesigur cu celălalt. Cu toate acestea, teoria atașamentului, atât sub aspectul său destinat cercetării, cât și sub aspectul clinic, a avut tendința să reprezinte o întreprindere oarecum maternocentrică și nu a fost ușor să se identifice cu precizie în ce anume constă contribuția tatălui la siguranța atașamentului.

Activitatea recentă (Grossman, Grossman & Zimmerman, 1999; Grossman, Grossman & Zindler, 2005) a început să clarifice acest subiect. Atunci când, în anii '80, Bowlby scria eseurile și prelegerile care alcătuiesc această carte, studiile longitudinale asupra fenomenelor de atașament erau ele însele în stadiu incipient. Acum avem la dispoziție studii prospective întreprinse pe o perioadă de 20 de ani, care se concentrează asupra diferitelor grade de siguranță a atașamentului, de sensibilitate parentală, de explorare, de capacitate relațională, precum și asupra reprezentărilor mentale ale acestora în perioada copilăriei. Acestea pot fi acum corelate cu tipul de atașament observat la adulții tineri, care se manifestă în atitudinile pe care le au în cadrul relațiilor romantice și în cadrul procedurii de evaluare Adult Attachment Interview [Interviul de evaluare a atașamentului la adulți].

Aceste studii arată faptul că, într-adevăr, contribuțiile paterne sunt vitale pentru tendința de a forma relații de atașament

16 caracterizate de siguranță, stabile, exploratorii, echilibrate și caracterizate de fluentă verbală, la vârsta adultă. Totuși, această contribuție la sănătatea psihologică nu este mediată predominant de siguranța atașamentului așa cum este aceasta evaluată prin intermediul procedurii Situație străină. Mai degrabă, rolul taților se face simțit prin intermediul dimensiunii exploratorii a dihotomiei atașament/explorare și apare ca urmare a evaluării prin metoda SCIP (Sensitive and Challenging Interactive Play) [Joc interactiv pentru măsurarea sensibilității și stimulării] (Grossman, Grossman, & Zindler, 2005), care observă și evaluează părinții în interacțiune cu copiii lor într-o ședință de 10 minute de joc.

În general, scorurile *combinat* mamă-tată obținute pe mai multe dimensiuni ale atașamentului în copilărie prognozează cu o mai bună acuratețe siguranța sau nesiguranța reprezentărilor de atașament la maturitate decât scorurile obținute de fiecare părinte în parte. Cu toate acestea, dimensiunea avută în vedere — adulții care, în cadrul probelor, dau răspunsuri confuze, încărcate afectiv și nestructurate — corelează foarte mult cu respingerea și lipsa de sensibilitate din partea tatălui în copilăria mijlocie, contribuția maternă fiind relativ slabă. Astfel, se pare că tații suficient de buni își ajută copiii să-și dezvolte claritatea gândirii și să fie capabili să facă față emoțiilor negative, fără să se simtă copleșiți.

Ca și mamele, tații trebuie să fie sensibili, însă acest aspect ia forma laudei, a încurajării și a capacității de a susține afectele pozitive ale copilului lor. Pe măsură ce își ajută copiii să facă față conflictelor curiozitate-precauție, acest tată protector, mobilizator, care spune „poți să faci asta” diferă categoric de imaginea tatălui castrator prezentată în teoria psihanalitică clasică, imagine

care se poate aplica mai degrabă taților lipsiți de sensibilitate care eșuează să sesizeze în mod intuitiv mesajul fundamental al atașamentului: și anume că realizările au întotdeauna la bază siguranța.

*Mentalizarea și teoria minții.* Bowlby a trăit suficient de mult pentru a recunoaște semnificația imensă a contribuției lui Mary Main la teoria atașamentului și pentru a recunoaște în special oportunitățile reprezentate de faptul că ea a dezvoltat procedura de evaluare Adult Attachment Interview [Interviul de evaluare a atașamentului la adulți] (AAI) (Hesse, 1999). El face referire la acea descoperire a ei, care a fost confirmată și de alți cercetători și care indică faptul că mamele care manifestau nesiguranță în cadrul AAI erau mai predispuse să aibă copii nesiguri, așa cum a rezultat în urma măsurărilor realizate prin procedura Situație străină. Bowlby a privit atașamentul caracterizat de nesiguranță în termenii mecanismelor psihice de apărare — necesare pentru supraviețuirea emoțională (și, în mediul adaptabilității evolutive în care a evoluat specia noastră, are legătură cu supraviețuirea fizică) — dar și ca pe un factor restrictiv care îi împiedică individului nesigur posibilitatea de a procesa experiențele nefavorabile.

O descoperire esențială în această activitate timpurie a fost că „funcția reflexivă” (Fonagy *et al.*, 2002), măsurată în cadrul AAI, pare să fie un factor protector care, în pofida experiențelor nefavorabile din copilărie (precum separarea de părinți, pierderea unei persoane apropiate sau chiar neglijarea și abuzul), le oferă indivizilor posibilitatea de a păstra un sentiment de siguranță și de a oferi mai târziu siguranță copiilor lor. Spus mai simplu, capacitatea de „a vorbi despre asta” diminuează consecințele negative pe termen lung ale traumei din copilărie. „Funcția reflexivă”

18 poate fi privită ca recurgerea la discursul interior, sau la o reprezentare mentală a unei experiențe care stă la baza capacității de a povesti interactiv cuiva din exterior.

Fonagy și colaboratorii lui (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Bateman & Fonagy, 2004) au extins aceste descoperiri timpurii, adăugând noul lor concept de „mentalizare”. Inspirați de tradiția filosofică a „teoriei minții”, acești autori sugerează faptul că în dezvoltare există procese cruciale, care le oferă bebelușilor posibilitatea să înceapă să înțeleagă faptul că ei, la fel ca și cei din jurul lor, au „minți” — cu alte cuvinte, capacitatea de reprezentare a lumii — și să aibă scopuri, convingeri și dorințe. Mentalizarea ne oferă posibilitatea să facem diferența dintre „realitate” și propria noastră perspectivă sau înțelegere a realității și de asemenea să sesizăm faptul că diferiți oameni văd lumea în moduri diferite. Astfel, mentalizarea, care ar putea fi înțeleasă ca o extindere a conceptului lui Bowlby de modele interne de lucru, este opusă narcisismului și, așa cum susțin Fonagy și colaboratorii lui, este o componentă vitală a capacității de a interacționa social, incluzând capacitatea de a supraviețui dificultăților datorate lipsei de acordaj, rupturilor relațiilor și eșecurilor minore care reprezintă o parte normală a „parentajului suficient de bun”, sau chiar a parentajului „insuficient de bun”.

Acest ansamblu de idei duce la o abordare destul de diferită a semnificației evoluționiste a atașamentului, în legătură cu care Bowlby, utilizând o perspectivă etologică, a insistat mereu că este cea de protecție față de prădători. Fonagy și colaboratorii lui (2002) sugerează că proximitatea emoțională și cea fizică pe care atașamentul le asigură le pune copiilor mici la dispoziție capacitatea de a se înțelege pe ei înșiși și pe cei din jurul lor. Atașamentul caracterizat de siguranță ne oferă posibilitatea de a „citi”

oamenii — inclusiv pe noi. Activitatea recentă în domeniul psihopatologiei dezvoltării a început să se concentreze asupra proceselor de dezvoltare care conduc la mentalizarea reușită — „oglundirea” dintre mamă și copil, „marcarea” limitelor clare între „a pretinde că” și realitate — precum și asupra modurilor în care aceste procese pot să eșueze. Aceste studii sugerează faptul că atașamentul caracterizat de nesiguranță, în special atașamentul dezorganizat (Holmes, 2004), este un posibil factor care predispune la apariția ulterioară a perturbărilor de personalitate în viața adultă (Bateman & Fonagy, 2004), în special a tulburării de personalitate borderline (descrisă în acest volum de Bowlby în termenii psihanalitici tradiționali de „sine fals”, personalitate schizoidă sau narcisism patologic).

*Aspecte interpersonale ale psihoterapiei.* Bowlby a pus cu regularitate accentul asupra similarității dintre parentajul caracterizat de siguranță și psihoterapia eficientă (a se vedea Capitolul 8). Așa cum a reabilitat rolul traumei reale, în contrast cu rolul fantasmei, ca fiind factorul patogen în dificultățile psihologice, tot așa a considerat necesară „accentuarea aceluși rol al terapeutului, prin care îl însoțește pe pacient în a se explora pe sine însuși și experiențele sale, accentuându-se mai puțin rolul terapeutului de a da interpretări”.

În mod clar, Bowlby însuși a fost capabil să ofere o bază de siguranță pacienților, colaboratorilor și studenților lui, care l-au iubit și l-au admirat enorm. Lucrările sale, precum și povestea vieții lui reprezintă o dovadă a capacității lui de a echilibra trăsăturile „materne” de sensibilitate și responsivitate cu trăsăturile „paterne” de provocare și sprijin (a se observa faptul că acum îmi retrag complet cuvintele pe care le-am folosit anterior la adresa teoriei lui, descriind-o într-un mod eronat și lipsit de respect

20 ca fiind „neglijabilă”, Holmes, 1993). Probabil că Bowlby nu a înțeles totuși cât de greu este pentru unii terapeuți să dobândească aceste calități. Activitatea recentă a început să clarifice treptat contribuțiile diferite ale terapeutului și ale pacientului la diada terapeutică și să indice totodată faptul că nivelul calității terapiei, și probabil într-un final chiar rezultatul ei, nu depinde doar de unul dintre ei, ci de interacțiunea sau „potrivirea” care există între terapeut și pacient. Dozier *et al.* (1999) au studiat tipurile de atașament ale terapeuților și ale clienților lor și au descoperit că terapeuții nesiguri tind să întărească tiparul de atașament caracterizat de nesiguranță al clienților lor; astfel, la clienții evitanți această situație a determinat și mai mult hipoactivarea comportamentelor de atașare; iar la clienții intens preocupați de relațiile interpersonale a determinat o și mai mare adezivitate și dereglare afectivă. În contrast, terapeuții siguri tind să redreseze echilibrul dintre evitare și preocupare și să-și conducă pacienții înspre tipare de relaționare mai securizante.

Introducând procedura de evaluare Patient-Therapist Adult Attachment Interview [Interviul pentru evaluarea atașamentului la adulți, aplicat la relația pacient-terapeut] (PT-AAI), Diamond și colaboratorii ei (Diamond *et al.*, 2003) au dus această direcție de cercetare cu un pas mai departe. În cazul acesta, Adult Attachment Interview este aplicat relației terapeutice însăși — atât terapeutului, cât și pacientului li se solicită să prezinte adjective care să-i descrie unul pe celălalt și să dea exemple; de asemenea, li se solicită să facă presupuneri legate de motivele pentru care ei consideră că pacientul/terapeutul lor se comportă într-un anumit mod. Ulterior, interviul este transcris și evaluat într-un mod similar cu AAI, obținându-se categorii de atașament și, de asemenea, scoruri pentru Funcția reflexivă

în raport cu procesul terapeutic. Încep să apară o serie de rezultate interesante.

În primul rând, așa cum s-ar putea spera și aștepta, Funcția reflexivă se îmbunătățește în cursul terapiei. În al doilea rând, rezultatele bune par să fie corelate cu situațiile în care terapeuții nu sunt nici prea mult în urma pacientului, nici prea mult înaintea lui, așa cum reiese din scorurile obținute la PT-AAI. Este necesar un anumit grad de distanță între terapeut și client, însă aceasta nu trebuie să fie prea mare — cu alte cuvinte, pentru a fi eficientă, terapia nu trebuie să fie nici prea confortabilă, nici prea severă. În al treilea rând, capacitatea terapeutului de a accesa Funcția reflexivă diferă de la pacient la pacient. Fiecare cuplu terapeut-pacient prezintă propria sa atmosferă de atașament și capacitate de mentalizare — sau o lipsă a acestora.

Toate acestea presupun o cultură relațională mult mai complexă și mai dinamică între cel care oferă și cel care primește îngrijire (indiferent că este vorba despre relația părinte-copil sau despre relația terapeut-pacient) decât indică sugestiile pe care le face Bowlby în ultimul capitol din acest volum. Depistarea dificultăților care pot să apară în cadrul acestei relații reprezintă o provocare enormă pentru specialiștii în psihologia dezvoltării, pentru cercetătorii în domeniul psihoterapiei și pentru clinicienii care doresc să practice această profesie și să-i învețe și pe alții. Bowlby a fost un eclectic *par excellence*. A avut o capacitate remarcabilă de a aduce laolaltă discipline diferite — psihanaliza, științele cognitive, dezvoltarea copilului, etologia, cibernetica — și să le îmbine într-o poveste coerentă.

Acest eclecticism face ca teoria atașamentului să fie extrem de atractivă pentru unii, însă totodată respingătoare pentru acei clinicieni care sunt în căutarea unui adevăr care vine de la un

22 singur „Dumnezeu“. Pentru ca disciplina noastră să facă în continuare progrese, va fi necesar încă un efort de sinteză, care să aducă laolaltă idei provenite din neurobiologie, neuroimagistică, lingvistică, ecologie și din teoria matematică a sistemelor complexe precum teoria haosului. Realizarea unor astfel de legături creative reprezintă o sarcină pentru viitor — una pe care Bowlby ar fi fost cu siguranță fericit să o susțină și trist să o rateze.

Jeremy Holmes

## Bibliografie

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Cassidy, J. & Shaver, P. (1999) *Handbook of Attachment*. London: Guilford.
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J., & Levy, K. (2003) „Patient-therapist attachment in the treatment of Borderline Personality Disorder“. *Bulletin of the Menninger Clinic* 76, 227–259.
- Dozier, M., Chase Stowall, K., & Albus, K. (1999) „Attachment and psychopathology in adulthood“. În *Handbook of Attachment* (coord. J. Cassidy & P. Shaver). London: Guilford.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002) „Affect regulation, mentalization, and the development of the self“. New York: Other Press.
- Grossman, K., Grossman, K., & Zimmerman, P. (1999) „A Wider view of attachment and exploration: stability and

change during the years of immaturity“. În *Handbook of Attachment* (coord. J. Cassidy & P. Shaver). London: Guilford.

- Grossman, K., Grossman, K., & Kindler, H. (2005) „Early care and the roots of attachment and partnership representation in the Bielefeld and Regensburg longitudinal studies“. În *Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies*. New York: Guilford.
- Hesse, E. (1999) „The Adult Attachment Interview: Historical and Current Developments“. În *Handbook of Attachment* (coord. J. Cassidy & P. Shaver). London: Guilford.
- Holmes, J. (1993) *John Bowlby and Attachment Theory*. London: Routledge.
- Holmes, J. (2004) „Disorganised attachment and Borderline Personality Disorder: a clinical perspective“. *Attachment and Human Development* 6, 181–190.

23

## Îngrijirea copiilor

*În primele luni ale anului 1980 țineam prelegeri în Statele Unite. Dintre invitațiile pe care le-am primit, una venea din partea colectivului secției de psihiatrie a Spitalului Michael Reese din Chicago, pentru a ține o conferință despre parentaj.*

### Un rol social indispensabil

Cred că, la un moment dat în viața lor, majoritatea ființelor umane doresc să aibă copii și doresc, de asemenea, ca acești copii să crească sănătoși, fericiți și încrezători în sine. Pentru cei care reușesc, recompensele sunt mari; însă cei care au copii, dar eșuează în a-i crește sănătoși, fericiți și încrezători în sine pot ajunge să plătească un preț foarte mare: anxietate, frustrare, divergențe și probabil sentimente de rușine sau vinovăție. Prin urmare, angajarea în a fi părinte presupune o miză importantă. Mai mult, deoarece parentajul reușit este esențial pentru sănătatea mentală a generației viitoare, trebuie să cunoaștem tot ce se poate cunoaște referitor atât la natura sa, cât și la variatele condiții sociale și psihologice care îi influențează în bine sau în rău



dezvoltarea. Acesta este un subiect amplu, și tot ceea ce pot face în această prelegere este să prezint pe scurt abordarea pe care eu însumi o adopt atunci când iau în considerare aceste aspecte. Abordarea la care mă refer este una etologică.

Înainte de a intra în detalii, doresc să mai fac câteva observații generale. A avea succes ca părinte înseamnă un efort foarte mare. Îngrijirea unui bebeluș sau a unui copil mic înseamnă o muncă de douăzeci și patru de ore pe zi, șapte zile pe săptămână, și, în plus, această muncă este adesea plină de griji. Și chiar dacă povara se mai ușurează un pic, pe măsură ce copiii cresc, pentru ca ei să se dezvolte tot mai au nevoie de foarte mult timp și atenție. Astăzi, pentru mulți oameni acestea sunt adevăruri neplăcute. A oferi unui copil timp și atenție presupune sacrificarea altor interese și a altor activități. Dar, cu toate acestea, sunt de părere că dovezile care susțin ceea ce urmează să prezint sunt de necontestat. Cu fiecare studiu, inclusiv cele inițiate la Chicago de Grinker (1962) și continuate de Offer (1969), se dovedește că adolescenții și adulții tineri care sunt sănătoși, fericiți și încrezători în sine reprezintă produsul unor familii stabile, în care ambii părinți acordă mult timp și atenție copiilor lor.

Doresc de asemenea să subliniez faptul că, în pofida opiniilor care susțin contrariul, îngrijirea bebelușilor și a copiilor mici nu este o muncă ce poate fi susținută de o singură persoană. Pentru ca această muncă să fie bine făcută și pentru ca principala persoană care oferă îngrijire să nu se epuizeze prea mult, ea însăși are nevoie de mult ajutor. Direcția din care vine acest ajutor poate să varieze: foarte des ajutorul vine din partea celui alt părinte; în multe societăți, inclusiv în societatea noastră — adesea chiar mai mult decât ne dăm seama — acest ajutor vine de la bunică. Alte persoane care pot oferi ajutor sunt adolescentele și tinerele. În majorita-

tea societăților din lume aceste aspecte nu au fost și nu sunt puse la îndoială, iar societatea este organizată în acest sens. În mod paradoxal, tocmai societățile cele mai bogate din lume ignoră aceste aspecte fundamentale. Forța umană (atât a bărbaților, cât și a femeilor) dedicată producției de bunuri materiale este luată în considerare la creșterea indicilor economici. Forța umană din familie care să producă copii fericiți, sănătoși și încrezători în sine nu este deloc luată în considerare. Am creat o lume întoarsă pe dos.

Nu doresc însă să intru în dezbateri politice și economice complicate. Motivul pentru care am adus în discuție aceste aspecte este acela de a vă reaminti faptul că societatea în care trăim nu reprezintă, în termeni evoluționiști, doar un produs al trecutului, ci în multe privințe este unul foarte deosebit. În consecință, există un mare pericol în sensul adoptării unor norme eronate. Cu alte cuvinte, așa cum o societate în care există o insuficiență cronică de alimente ar lua drept normă un nivel de nutriție teribil de nepotrivit, la fel se poate întâmpla în cazul unei societăți în care părinții copiilor mici sunt lăsați să se descurce singuri (adică există o insuficiență cronică de ajutor), astfel încât această stare de fapt ar putea deveni normă.

## O abordare etologică

Am afirmat mai devreme că perspectiva mea în ceea ce privește înțelegerea parentajului ca activitate umană este una etologică. Permiteți-mi să detaliez.

Re-examinând natura legăturii copilului cu mama lui<sup>1</sup> (legătură pe care, în mod tradițional, o numim dependență), s-a

<sup>1</sup> În această carte, atunci când se va face referire la copil va fi folosit genul masculin, pentru a fi evitate formulările încărcate.

descoperit că era util să fie privită ca reprezentând rezultanta unui set de tipare comportamentale distinct și, în parte, pre-programat; acest set de tipare comportamentale, într-un mediu presupus normal, se dezvoltă pe parcursul primelor luni de viață și are ca efect menținerea copilului mai mult sau mai puțin aproape de figura maternă (Bowlby, 1969). Până la finalul primului an de viață, comportamentul se organizează într-un mod cibernetic, adică, printre altele, comportamentul se activează ori de câte ori sunt îndeplinite anumite condiții și încetează în alte condiții. De exemplu, comportamentul de atașament al unui copil este activat în special în caz de durere, oboseală și spaimă, precum și de situația în care mama este sau pare a fi inaccesibilă. Condițiile care pun capăt acestui comportament variază în funcție de intensitatea care a determinat declanșarea acestuia. În cazul unei intensități scăzute, aceste condiții pot fi simpla vedere sau auzire a mamei, deosebit de eficient fiind un semnal prin care prezența copilului este recunoscută de către mamă. În cazul unei intensități mai ridicate, încetarea comportamentului ar putea să necesite atingerea mamei sau agățarea de ea. La nivelul cel mai ridicat de intensitate, atunci când copilul este stresat și anxios, acest comportament se va opri doar dacă el se cuibărește pentru mai mult timp în brațele mamei. Se presupune că funcția biologică a acestui comportament este aceea de protecție, în special protecția față de prădători.

În exemplul de mai sus indivizii avuți în vedere sunt copilul și mama lui. Este evident, totuși, că existența acestui comportament de atașament nu se limitează în niciun caz doar la copii. Îl putem observa de asemenea și la adolescenți și adulți de ambele sexe, atunci când sunt anxioși sau într-o situație de stres, chiar dacă este declanșat mai puțin prompt. Prin urmare, nu ar trebui

să ne mire dacă o femeie care așteaptă un copil sau o mamă care îngrijește copii mici își dorește foarte mult ca ea însăși să fie îngrijită și susținută. Activarea comportamentului de atașament în astfel de circumstanțe este probabil universală și trebuie să fie considerată normă<sup>2</sup>.

O caracteristică a comportamentului de atașament, care are o foarte mare importanță din punct de vedere clinic, și care nu depinde de vârsta individului avut în vedere, se referă la intensitatea emoției care însoțește acest comportament; tipul de emoție declanșat depinde de modul în care decurge relația dintre individul atașat și figura lui de atașament. Dacă această relație funcționează bine, ea este caracterizată de bucurie și de un sentiment de siguranță. Dacă relația este amenințată, apar gelozia, anxietatea și furia. Dacă relația se distruge, apar durerea și depresia. Și, în final, există dovezi solide care susțin faptul că modul în care se organizează comportamentul de atașament al unui individ depinde în mare măsură de tipurile de experiență pe care el le are în cadrul familiei lui de origine — sau în afara acesteia, dacă nu a avut noroc.

Sunt de părere că acest tip de teorie ar putea avea multe avantaje în comparație cu teoriile care au fost până acum uzuale în domeniul nostru. Nu numai că aduce teoria într-o relație strânsă cu datele observate, ci furnizează totodată pentru acest domeniu un cadru teoretic compatibil cu cadrul adoptat de științele moderne ale biologiei și neuropsihologiei.

Cred că parentajul ar putea fi abordat într-un mod util din perspectiva inspirată din etologie. Aceasta presupune obser-

<sup>2</sup> În studii asupra unor grupuri reprezentative de femei, întreprinse de Wenner (1966) și Ballou (1978), a fost descoperită manifestarea unei dorințe sporite de îngrijire, atât din partea soțului, cât și a mamei.

varea și descrierea setului de tipare comportamentale caracteristice parentajului, a condițiilor care activează aceste tipare și a celor care le pun capăt; totodată, presupune observarea și descrierea modului în care tiparele se modifică pe măsură ce copilul crește, a modurilor diverse în care se organizează comportamentul de parentaj la diferiți indivizi și a multitudinii de experiențe care influențează modul în care acesta se dezvoltă la fiecare persoană.

Există o presupunere implicită în această abordare, și anume că acest comportament de parentaj, asemenea comportamentului de atașament, este într-un anumit grad pre-programat și, prin urmare, este gata să se dezvolte în anumite direcții atunci când anumite condiții îl declanșează. Aceasta înseamnă că, într-un curs normal de situații, părintele unui bebeluș trăiește o nevoie intensă de a se comporta în anumite moduri caracteristice, de exemplu să legene copilul, să-l aline atunci când plânge și, în mod constant, să-l încălzească, să-l protejeze și să-l hrănească. Desigur, un astfel de punct de vedere nu sugerează faptul că tiparele comportamentale adecvate se manifestă, încă de la început, într-o formă completă, în fiecare detaliu. Este evident că nu se întâmplă așa, nici la om, nici la alte specii de mamifere. Fiecare detaliu este învățat, unele dintre ele pe parcursul interacțiunii cu bebelușii și copiii, mare parte din ele prin observarea modului în care alți părinți se comportă, începând cu perioada propriei copilării a viitorului părinte și cu modul în care părinții lui l-au tratat pe el și pe frații lui.

Această viziune modernă asupra dezvoltării comportamentale vine în contradicție cu cele două paradigme mai vechi: una dintre ele, invocând instinctul, a accentuat excesiv componenta pre-programată; cealaltă, ca reacție la conceptul de instinct, a

accentuat excesiv componenta învățată. În mod sigur, comportamentul parental nu reprezintă rezultatul vreunui instinct imuabil de parentaj, însă nu este realist nici să-l privim ca simplu rezultat al învățării. Comportamentul de parentaj, așa cum îl privesc eu, are puternice rădăcini biologice, lucru care explică emoțiile foarte puternice care îl însoțesc; însă forma detaliată pe care acest comportament o ia în cazul fiecăruia dintre noi depinde de experiențele noastre — experiențele din copilărie în special, experiențele din adolescență, experiențele dinaintea și din timpul mariajului, precum și experiențele cu fiecare copil în parte.

Prin urmare, consider că este util să privim comportamentul de parentaj ca fiind un exemplu dintr-o categorie limitată de tipuri de comportament cu rădăcini biologice, categorie din care fac parte comportamentul de atașament, comportamentul sexual, cel de explorare sau cel de hrănire. Fiecare dintre aceste tipuri de comportament contribuie în modul său specific la supraviețuirea individului sau a urmașilor săi. Și tocmai faptul că fiecare deservește o funcție atât de vitală face ca fiecare tip de comportament să fie pre-programat într-un anumit grad. A lăsa dezvoltarea lor la voia învățării individuale ar fi culmea absurdității biologice.

Veți observa că, în schițarea acestui cadru, subliniez ideea de a menține aceste tipuri de comportament, din punct de vedere conceptual, distincte unul față de celălalt. Desigur, acest aspect se află în contrast cu teoria clasică asupra libidoului, care le-a tratat ca manifestări variate ale unei singure pulsiiuni. Există câteva motive care justifică menținerea acestei diferențieri. Unul dintre ele se referă la faptul că fiecare dintre aceste tipuri de comportament menționate servește propriei sale funcții biologice distincte — protecție, reproducere, hrănire, cunoașterea

32 mediului. Un alt motiv este acela că multe dintre tiparele detaliate de comportament din cadrul fiecărui tip general sunt și ele distincte: agățarea de un părinte este diferită de alinarea și liniștirea unui copil; suptul sau mestecarea hranei sunt diferite de implicarea în actul sexual. Mai mult, factorii care influențează dezvoltarea unuia dintre aceste tipuri de comportament nu sunt obligatoriu aceiași cu cei care influențează dezvoltarea altuia. Păstrând această distincție, putem să studiem nu doar modurile în care ele diferă, ci și modurile în care se suprapun și interacționează unele cu celelalte — deoarece de mult timp este evident că așa se întâmplă.

### Inițierea interacțiunii mamă-bebeluș

În ultimul deceniu, grație studiilor ingenioase întreprinse de cercetători de pe ambele țărmuri ale Atlanticului, s-au înregistrat progrese extraordinare în modul în care înțelegem etapele timpurii ale interacțiunii mamă-bebeluș. Studiile întreprinse de Klaus și Kennell sunt acum binecunoscute. O semnificație specială prezintă observațiile lor asupra modului în care mamele se comportă față de nou-născuți atunci când li se dă libertatea de a face ceea ce doresc ele după ce nasc. Klaus, Trause și Kennell (1975) descriu modul în care o mamă, imediat după ce copilul ei se naște, îl ridică și începe să-l mângâie pe față cu vârfurile degetelor. Urmare a acestui gest, bebelușul se liniștește. În scurt timp, ea începe să-i atingă cu palma capul și corpul și, în decurs de cinci sau șase minute, este pe punctul de a-l așeza la sân. Reacția bebelușului este aceea de a linge pentru mult timp sfârcul mamei. „Imediat după naștere”, au menționat ei, „mamele par să fie într-o stare de extaz” și, destul de interesant, și

observatorii se entuziasmează. Din momentul nașterii, atenția se îndreaptă asupra bebelușului. Ceva legat de el tinde să-i atragă nu doar pe mamă și pe tată, ci pe toți cei care sunt prezenți la noua venire pe lume. Dacă i se oferă această posibilitate, în următoarele zile mama va petrece probabil multe ore doar uitându-se la noua ei posesie, ținând bebelușul cu căldură în brațe și începând să-l cunoască. De obicei, apare un moment în care mama simte că bebelușul este numai al ei. Pentru unele mame, acest moment apare devreme; probabil atunci când îl ține pentru prima dată în brațe sau atunci când bebelușul o privește pentru prima dată în ochi. Cu toate acestea, în cazul unui anumit număr de primipare care nasc în spital, acest moment poate să întârzie până la o săptămână, adesea până în momentul în care ele ajung din nou acasă (Robson și Kumar, 1980).

Fenomenele de o foarte mare importanță asupra cărora au atras atenția cercetările recente se referă la potențialul nou-născutului sănătos de a intra într-o formă elementară de interacțiune socială și la potențialul mamei cu o sensibilitate normală de a participa într-un mod reușit la aceasta<sup>3</sup>.

Atunci când o mamă și bebelușul ei de două sau trei săptămâni stau față în față, au loc faze de interacțiune socială activă, care alternează cu faze de dezimplicare. Fiecare fază de interacțiune începe cu inițierea și întâmpinarea reciprocă, dezvoltându-se în direcția unui interschimb animat care conține expresii faciale și vocalizări, pe parcursul căruia bebelușul se orientează

<sup>3</sup> A se vedea în special lucrările următorilor autori: Stern (1977), Sander (1977), Brazelton, Koslowski și Main (1974) și Schaffer (1977). Pentru treceri în revistă excelente, a se vedea Schaffer (1979) și Stern (1985). Starea de sensibilitate sporită care se dezvoltă într-o femeie pe parcursul perioadei de sarcină și în special către finalul acesteia, și care îi oferă posibilitatea „să se adapteze în mod sensibil și delicat” la nevoile bebelușului ei, este un proces asupra căruia Winnicott a atras atenția (1957).

către mama lui cu mișcări energice ale mâinilor și picioarelor; apoi activitățile lui se diminuează treptat și se sfârșesc cu faptul că bebelușul își întoarce privirea pentru o vreme, înainte de a demara următoarea fază a interacțiunii. Pe parcursul acestor cicluri, este posibil ca bebelușul să fie la fel de activ și spontan ca și mama lui. Rolurile lor diferă însă în ceea ce privește temporizarea răspunsurilor. Dacă în cazul bebelușului inițierea și retragerea din interacțiune tind să urmeze propriul lui ritm autonom, o mamă sensibilă își reglează comportamentul astfel încât să se potrivească celui al copilului. În plus, ea modifică forma pe care o ia comportamentul ei, astfel încât să se adapteze lui: vocea ei este blândă, însă mai ridicată decât de obicei, mișcările încetinite și fiecare acțiune care urmează este ajustată ca formă și desfășurare în timp, în acord cu modul în care acționează bebelușul ei. Astfel, ea îl lasă să dea tonul și, printr-o îmbinare abilă a răspunsurilor ei cu ale lui, creează un dialog.

Viteza și eficiența cu care se dezvoltă aceste dialoguri și plăcerea mutuală căreia îi dau naștere arată clar că fiecare participant este pre-adaptat să se implice în aceste dialoguri. Pe de o parte, există o disponibilitate intuitivă a mamei de a permite intervențiilor ei să se adapteze ritmului bebelușului. Pe de altă parte, se află promptitudinea cu care ritmurile bebelușului se schimbă treptat, pentru a ține cont de momentele intervențiilor mamei. În cadrul unui parteneriat care se dezvoltă într-un mod fericit, fiecare se adaptează celuilalt.

Au fost înregistrate secvențe alternante foarte similare și în cazul altor schimburi, destul de diferite, dintre mamă și copil. De exemplu, Kaye (1977), observând comportamentul mamei și al bebelușului în timpul hrănirii, a descoperit că mamele tind să interacționeze cu bebelușii lor într-o sincronie precisă cu ritmul

supt/repaus al bebelușului. În momentele în care bebelușul suge, mama este în general tăcută și inactivă; în momentele de repaus, ea îl mângâie și îi vorbește. Collis și Schaffer (1975) prezintă un alt exemplu, în care mama identifică stimuli proveniți de la bebelușul ei, în acest caz bebelușul având vârsta de 5–12 luni. Mama și bebelușul sunt introduși într-o încăpăre în care se află jucării mari, viu colorate, care le captează rapid atenția vizuală. Observarea comportamentului lor arată două aspecte. Primul, ca regulă, ambii parteneri privesc către același obiect, în același timp. Al doilea, examinarea desfășurării în timp arată aproape invariabil că bebelușul este cel care conduce, mama fiind cea care îl urmează. În mod evident, interesul spontan al bebelușului față de jucării este monitorizat îndeaproape de mama lui, care într-un mod aproape automat privește apoi în aceeași direcție. Odată ce se stabilește un centru de atenție al interesului reciproc, mama va începe probabil să ofere detalii asupra acestuia: vorbește despre jucărie, o numește sau o manevrează. „Îa naștere apoi o experiență împărtășită, inițiată de atenția spontană a bebelușului față de mediu, însă consolidată de mamă care își dă voie să fie condusă de bebeluș, în ritmul lui”.

Și încă un exemplu, prezentat de asemenea de Schaffer (Schaffer, Collis și Parsons, 1977), se referă la schimburile vocale dintre mamă și copil, la un nivel preverbal. Comparând două grupuri de copii, cu vârste de 12 și 24 de luni, s-a descoperit că abilitatea perechii mamă-bebeluș de a alterna în dialog și de a evita suprapunerile este nu doar remarcabil de eficientă, ci și caracteristică atât pentru bebelușii mai mici, cât și pentru cei mai mari. Astfel, cu mult înainte de apariția cuvintelor, tiparul de alternanță în dialog atât de caracteristic conversației umane este deja prezent. Încă o dată, dovezile indică faptul că, în

36 asigurarea trecerii line de la un „vorbitor” la celălalt, mama joacă un rol major.

Într-o oarecare măsură, motivul pentru care ofer aceste exemple este că sunt de părere că ele ilustrează câteva principii de bază atât în privința parentajului, cât și în privința ființei care beneficiază de parentaj. Ceea ce reiese din aceste studii este faptul că o mamă cu o sensibilitate normală se acordează rapid la ritmurile naturale ale bebelușului ei și, concentrându-se asupra detaliilor comportamentului lui, descoperă ceea ce i se potrivește acestuia și se comportă în consecință. Procedând astfel, ea nu numai că îl mulțumește, ci îi solicită totodată cooperarea. Prin urmare, cu toate că inițial capacitatea bebelușului de a se adapta este limitată, aceasta nu este complet absentă și, dacă i se permite să crească în ritmul lui, în scurt timp el va oferi recompense. Ainsworth și colegii ei au observat că bebelușii ale căror mame au răspuns într-un mod sensibil la semnalele lor pe parcursul primului an de viață nu numai că plâng mai puțin pe parcursul celei de-a doua jumătăți a aceluși an, în comparație cu bebelușii mamelor mai puțin responsive, ci sunt totodată mai dispuși să accepte dorințele părinților lor (Ainsworth *et al.*, 1978). Suntem astfel îndrituiți să conchidem că bebelușii umani, asemenea puilor altor specii, sunt pre-programați să se dezvolte într-un mod cooperativ din punct de vedere social; dacă fac sau nu în acest fel depinde în mare măsură de modul în care sunt tratați.

Așa cum veți observa, aceasta este o viziune asupra naturii umane radical diferită de cea care a fost mult timp uzuală în societățile occidentale și care a pătruns atât de mult în teoria și practica din clinică pe care le-am moștenit. Desigur, această perspectivă indică o concepție radical diferită despre rolul părintelui.

## Rolurile mamelor și taților: asemănări și diferențe

37

În exemplele date până acum, părintele la care s-a făcut referire este mama. Acest lucru este aproape inevitabil deoarece, în scopul cercetării, stabilirea eșantioanelor de bebeluși care sunt îngrijiți în principal de mamele lor este relativ facilă; comparativ, bebelușii care sunt îngrijiți în principal de tații lor sunt mult mai puțini. Prin urmare, permiteți-mi să descriu pe scurt unul dintre cele câteva studii recente care, toate la un loc, încearcă să echilibreze balanța.

Câteva sute de bebeluși au fost de curând studiați prin metoda unei proceduri dezvoltate de Ainsworth (Ainsworth *et al.*, 1978) — procedura Situația străină — care oferă posibilitatea de a observa modul în care reacționează bebelușul, la început în prezența părintelui său, apoi când este lăsat singur și ulterior atunci când părintele lui se întoarce. Ca rezultat al acestor observații, bebelușii pot fi clasificați ca prezentând: fie un tipar de atașament caracterizat de siguranță față de mamă, fie un tipar reprezentând două forme principale de atașament caracterizat de nesiguranță față de ea. Din moment ce s-a demonstrat că aceste tipare prezintă o stabilitate considerabilă în timpul primilor ani de viață și că prognozează modul în care un copil preșcolar cu vârsta cuprinsă între 4 ani și jumătate și 6 ani va intra în contact cu o nouă persoană și o nouă sarcină (Arend, Gove și Sroufe, 1979), nu mai este necesar să subliniem valoarea acestei proceduri ca metodă de a evalua dezvoltarea socială și emoțională a unui copil mic.

Până acum, aproape toate studiile care au utilizat această procedură au avut în vedere observarea copiilor mici și a mamelor lor. Cu toate acestea, Main și Weston (1981), au extins această

38 activitate studiind 60 de copii mici, inițial cu un părinte și, șase luni mai târziu, cu celălalt părinte. Una dintre descoperiri a fost aceea că, atunci când erau studiați ca grup, tiparele de atașament manifestate față de tați semănau foarte mult cu tiparele manifestate față de mame, prezentând aproximativ aceeași distribuție procentuală de tipare. Însă o a doua descoperire a fost și mai interesantă. Atunci când tiparele prezentate de fiecare copil au fost studiate individual, nu a fost descoperită nicio corelație între tiparele manifestate față de un părinte în comparație cu tiparele manifestate față de celălalt. Astfel, un copil poate să aibă o relație securizantă cu mama, dar nu și cu tatăl, un altul poate avea această relație securizantă cu tatăl, dar nu și cu mama, un alt copil o poate avea cu ambii părinți, iar un altul ar putea să nu aibă o relație securizantă cu niciunul dintre ei. Intrând în contact cu oameni noi și cu situații noi, copiii se situau la diferite niveluri pe o scală a încrederii în sine. Copiii care aveau o relație securizantă cu ambii părinți erau cei mai încrezători și competenți; cei care nu aveau o relație securizantă cu niciunul dintre părinți erau cei mai nesiguri; iar copiii care aveau o relație securizantă cu un părinte, dar nu și cu celălalt, se situau între aceste două categorii.

Din moment ce există dovezi că tiparul de atașament pe care un copil sănătos la naștere îl dezvoltă cu mama lui reprezintă rezultatul modului în care mama l-a tratat (Ainsworth *et al.*, 1978), există o mare probabilitate ca, într-un mod similar, tiparul de atașament pe care copilul îl dezvoltă cu tatăl lui să nu fie altceva decât rezultatul modului în care tatăl lui l-a tratat.

Acest studiu, împreună cu altele, sugerează faptul că, prin faptul că oferă o figură de atașament pentru copilul lui, un tată ar putea să îndeplinească un rol care să semene îndeaproape cu cel îndeplinit de o mamă; cu toate acestea, în majoritatea culturi-

lor, poate chiar în toate, tații îndeplinesc acest rol mai puțin frecvent decât o fac mamele, cel puțin atunci când copiii sunt încă mici. În majoritatea familiilor cu copii mici, rolul tatălui este unul diferit. Este mai probabil ca el să se implice în jocuri noi și active din punct de vedere fizic, mai mult decât mama, și, în special în ceea ce îi privește pe băieți, să devină tovarășul de joacă preferat al copilului<sup>4</sup>.

### Oferirea unei baze de siguranță

Acest aspect mă aduce la o caracteristică centrală a conceptului meu de parentaj — oferirea, de către ambii părinți, a unei baze de siguranță de la care un copil sau un adolescent să poată ieși în lumea exterioară și la care să se poată întoarce, știind cu certitudine că va fi binevenit atunci când ajunge acolo, îngrijit fizic și psihic, alinat dacă este într-o stare de stres, liniștit dacă este înfricoșat. În esență, acest rol înseamnă a fi disponibil, a fi gata de a răspunde solicitării prin încurajare și poate prin ajutor, însă de a interveni activ doar atunci când este în mod evident necesar. În acest sens, este un rol similar celui al unui ofițer care se află la comanda unei baze militare, de la care pleacă o forță expediționară și la care aceasta se poate retrage, în cazul în care întâmpină o problemă. În mare parte a timpului, rolul bazei este unul de așteptare, însă, fără îndoială, este unul vital. Numai atunci când ofițerul care comandă corpul expediționar este încrezător că baza lui este sigură, el va îndrăzni să înainteze și să-și asume riscuri.

<sup>4</sup> Studii relevante în acest sens sunt cele ale lui Lamb (1977), Parke (1979), Clarke-Stewart (1978) și Mackey (1979).



În cazul copiilor și adolescenților, îi vedem, pe măsură ce cresc, aventurându-se din ce în ce mai departe de bază și pentru perioade de timp din ce în ce mai mari. Cu cât sunt mai încrezători în faptul că baza lor este sigură și, mai mult, că este gata să răspundă la o eventuală solicitare, cu atât mai mult o vor considera în mod implicit ca fiind ceva firesc. Totuși, dacă se întâmplă ca unul dintre părinți să se îmbolnăvească sau să moară, imediat devine evidentă semnificația imensă a bazei pentru echilibrul emoțional al copilului, adolescentului, sau adultului tânăr. În prelegerile care urmează sunt prezentate dovezi provenind din studii asupra adolescenților și adulților tineri, precum și asupra copiilor de diferite vârste, începând de la grădiniță; conform acestor studii, copiii cei mai stabili emoțional și care profită cel mai mult de oportunitățile oferite sunt cei ai căror părinți, în timp ce încurajează în permanență autonomia copiilor lor, sunt totuși la fel de disponibili și responsivi în momentele în care sunt solicitați. Din nefericire, situația contrară este la fel de reală.

Niciun părinte nu va oferi o bază de siguranță pentru copilul lui aflat în creștere decât dacă înțelege într-un mod intuitiv și respectă comportamentul de atașament al copilului lui și dacă, totodată, consideră și tratează acest comportament ca fiind parte intrinsecă și importantă a naturii umane, așa cum îl consider eu a fi. Acesta este aspectul sub care termenul tradițional „dependență” a avut o influență atât de regretabilă. Dependența poartă întotdeauna cu ea o conotație defavorabilă și tinde să fie considerată o caracteristică doar pentru primii ani — o caracteristică la care un individ trebuie să renunțe cât mai rapid. Drept rezultat, în cercurile clinice s-a întâmplat adesea ca, ori de câte ori comportamentul de atașament se manifesta la o vârstă mai

mare, nu numai că era considerat ca fiind regretabil, ci chiar a fost denumit regresiv. Cred că aceasta este o gravă eroare de judecată.

Abordând subiectul parentajului, m-am concentrat asupra rolului părinților de a oferi unui copil o bază de siguranță deosebită, cu toate că la nivel intuitiv aceasta este bine cunoscută, cred că până în acest moment a fost conceptualizată într-un mod neadecvat. Însă există, cu siguranță, multe alte roluri pe care un părinte trebuie să le joace. Unul dintre acestea se referă la rolul pe care un părinte îl joacă în influențarea comportamentului copilului său într-o direcție sau alta, precum și la gama de tehnici pe care le folosește pentru a face acest lucru. Cu toate că unele dintre aceste tehnici sunt în mod necesar restrictive, iar altele au o intenție disciplinară, multe dintre ele sunt încurajatoare — de exemplu, a atrage atenția unui copil asupra unei jucării sau a unei alte caracteristici a mediului, sau a-i oferi indicii privind modul în care să rezolve o problemă pe care el nu o poate gestiona singur. În mod evident, repertoriul de tehnici utilizate variază enorm de la părinte la părinte — de la foarte susținătoare și încurajatoare până la foarte restrictive și punitive. Un început interesant în explorarea gamei de tehnici utilizate de părinții copiilor foarte mici a fost realizat în Scoția de Schaffer și Crook (1979).

### Condiții peri- și postnatale favorabile și nefavorabile

Până acum în această prezentare scopul meu a fost acela de a descrie câteva dintre modurile în care părinții copiilor care reușesc în plan social și emoțional se comportă față de aceștia. Din fericire, mare parte din acest comportament apare în mod



natural la mamele și la tații care consideră că rezultatele interacțiunii cu copiii lor sunt plăcute și pline de satisfacții. Cu toate acestea, este evident faptul că până și atunci când condițiile sociale și economice sunt favorabile, aceste relații reciproc satisfăcătoare nu se dezvoltă în fiecare familie. Prin urmare, haideți să luăm în considerare aspectele pe care le cunoaștem în legătură cu condițiile psihologice care încurajează aceste relații și cu cele care le împiedică.

La anumite momente am făcut referire la mama cu o sensibilitate normală, care este acordată la acțiunile și semnalele copilului ei, care răspunde la acestea într-un mod mai mult sau mai puțin adecvat și care este capabilă să monitorizeze efectele comportamentului ei asupra copilului și să modifice acest comportament în consecință. Fără îndoială, aceeași descriere s-ar putea aplica și asupra unui tată cu o sensibilitate normală. Este limpede acum faptul că, pentru ca un părinte să se comporte în aceste moduri, sunt necesare un timp adecvat și o atmosferă relaxată. Acesta este momentul în care un părinte, în special mama, care de obicei duce greul parentajului pe parcursul primelor luni sau ani, are nevoie de tot ajutorul pe care îl poate primi — nu în ceea ce privește îngrijirea copilului, care este treaba ei, ci în ceea ce privește toate treburile gospodărești.

O prietenă a mea, antropolog social, a observat că, pe insula din sudul Oceanului Pacific unde lucra, exista obiceiul ca mama, atât în timpul nașterii, cât și după ce copilul se năștea, să fie asistată de două femei înrudite cu ea, care aveau grijă de ea pe parcursul primei luni, lăsându-i libertatea de a avea grijă de bebelușul ei. Prietena mea a fost atât de impresionată de aceste aranjamente umane încât, în momentul în care propriul ei copil s-a născut pe insulă, a acceptat propunerile de a fi îngrijită în

acest mod special și nu a avut niciun motiv să regretă acest lucru. Pe lângă ajutorul practic, o companie feminină amabilă oferă probabil proaspetei mame o susținere emoțională sau, în terminologia mea, îi pune la dispoziție tipul de bază de siguranță de care cu toții avem nevoie în condiții de stres și în absența căreia este dificil să fim relaxați. În aproape toate societățile aranjamentele de acest tip reprezintă o regulă. Într-adevăr, cu excepția unei culturi din 150 studiate de antropologi, un membru al familiei sau o persoană apropiată, de obicei o femeie, rămâne cu mama pe parcursul travaliului și al nașterii (Raphael, 1966, apud Sosa *et al.*, 1980).

Revenind la societatea noastră, s-au făcut descoperiri preliminare care, dacă se confirmă, sunt de un interes și o importanță practică majore, așa cum arată rezultatele care provin dintr-un studiu întreprins de Klaus și Kennell în secția de maternitate a unui spital din Guatemala (Sosa *et al.*, 1980). Un grup era alcătuit din femei care au trecut prin travaliu și naștere conform practicii curente a secției, lucru care presupunea că femeia era lăsată singură în cea mai mare parte a timpului. Celălalt grup, din momentul internării în spital până în cel al nașterii, s-a bucurat constant de susținerea prietenoasă a unei femei care nu făcea parte din personalul spitalului: o femeie în timpul zilei și o altă femeie în timpul nopții. În grupul care a beneficiat de susținere, în comparație cu celălalt grup, travaliul a durat mai puțin de jumătate, 8,7 ore față de 19,3<sup>5</sup>. Mai mult, mama a fost trează

<sup>5</sup> Într-un studiu ulterior mai amplu, întreprins tot în Guatemala de către același grup de cercetare, toate descoperirile au avut aceleași rezultate. Eșantioanele cuprindeau un număr de 279 de femei în grupul care era supus practicii curente și un număr de 186 de femei în grupul care beneficia de susținere. Nu numai că s-a înjumătățit durata travaliului, ci și numărul de complicații perinatale s-a redus la jumătate (Klaus *et al.*, 1986).

44 în cea mai mare parte din prima oră de viață a bebelușului ei, timp în care putea fi văzută mângâindu-și copilul, zâmbindu-i și vorbindu-i.

Sunt deja bine cunoscute efectele similare privind modul în care o mamă își tratează bebelușul ca rezultat al faptului că are un contact suplimentar cu el la scurt timp după naștere. Printre diferențele observate de Klaus și Kennell, când bebelușii aveau vârsta de o lună, a fost și faptul că dacă mama are un contact suplimentar cu bebelușul, ea este mai dispusă să-l aline pe parcursul examenelor clinice stresante; și, în timpul alăptării, ea este mai dispusă să-l mângâie și să se implice într-un contact vizual cu el. Diferențe asemănătoare au fost observate când copiii aveau vârsta de 12 luni și din nou la vârsta de 2 ani. În aceste studii, contactul sporit s-a ridicat la nu mai mult de o oră în plus în cadrul primelor trei ore de după naștere și la cinci ore de contact în fiecare după-amiază pe parcursul următoarelor trei zile (Kennell *et al.*, 1974; Ringler *et al.*, 1975)<sup>6</sup>.

Peterson și Mehl (1978) prezintă rezultate provenind dintr-un alt studiu asupra rolului pe care aceste tipuri de experiențe peri- și postnatale îl joacă fie în asistarea mamei să dezvolte cu bebelușul ei o relație caracterizată de iubire și sensibilitate, fie în împiedicarea acesteia. Într-un studiu longitudinal asupra a 46 de femei și a soților lor, observați și intervievați pe parcursul perioadei de sarcină, travaliu și de patru ori pe parcursul primelor șase luni de viață ale bebelușilor, cea mai

<sup>6</sup> Din moment ce studii recente, de exemplu Svejda, Campos și Emde (1980), nu au reușit să obțină aceleași rezultate ca cele inițiale privind efectele contactului timpuriu mamă-bebeluș, tema rămâne sub semnul îndoielii. S-ar putea ca în această zonă sensibilă, discrepanțele să se datoreze detaliilor privind modul în care este realizat acest contact timpuriu și de către cine.

semnificativă variabilă care a prognozat diferențe în crearea legăturii afective materne a fost reprezentată de perioada de timp în care o mamă a fost separată de bebelușul ei pe parcursul orelor și zilelor de după nașterea lui. Alte variabile care au jucat un rol semnificativ, însă mai mic, au fost reprezentate de experiența nașterii și atitudinile și așteptările manifestate de mamă pe parcursul sarcinii.

## Influența experiențelor din copilărie ale părinților

Există, desigur, numeroase dovezi clinice care atestă faptul că sentimentele și comportamentul unei mame față de bebelușul ei sunt profund influențate și de experiențele ei personale anterioare, în special acele experiențe pe care le-a avut și pe care poate încă le are cu propriii ei părinți; și, cu toate că dovezile privind acest aspect referitoare la atitudinile tatălui sunt mai puțin numeroase, cele care există conduc în mod clar către aceeași concluzie.

În ceea ce privește acest subiect, dovezile provenind din studii sistematice asupra copiilor mici sunt remarcabile: ele arată faptul că influența pe care părinții o au asupra tiparului de îngrijire pe care copiii lor îl dezvoltă începe foarte devreme. De exemplu, Zahn-Waxler, Radke-Yarrow și King (1979) au descoperit nu numai că ajutarea și alinarea celorlalți aflați în situații de disconfort reprezintă un tipar comportamental care, în mod obișnuit, se dezvoltă timpuriu, în al doilea an de viață al copilului, ci și că forma pe care o ia este mult influențată de modul în care o mamă își tratează copilul. Copiii ale căror mame răspund într-un mod sensibil la semnalele lor și oferă un contact corporal liniștitor sunt cei care răspund cel mai prompt și mai adecvat la

45

distresul celorlalți<sup>7</sup>. În plus, nu de puține ori, ceea ce un copil face în astfel de circumstanțe reprezintă o copie evidentă a ceea ce a văzut și/sau a simțit că face mama lui. Ar fi de mare interes studierea unui grup de copii care manifestă aceste diferențe timpurii.

O altă direcție a dovezilor referitoare la influența experienței din copilărie asupra modului în care o femeie își îngrijește copilul provine din studii întreprinse la Londra. De exemplu, un studiu întreprins de Frommer și O'Shea (1973) arată faptul că femeile gravide care, în trecutul lor, au fost separate de unul sau de ambii părinți înainte de vârsta de 11 ani sunt în mod deosebit predispuse să aibă dificultăți conjugale și psihice după nașterea copilului, și, de asemenea, să aibă un bebeluș care are probleme de hrănire și de somn. Un alt studiu, întreprins tot la Londra de Wolkind, Hall și Pawlby (1977) extinde această descoperire indicând faptul că femeile cu acest tip de trecut interacționează semnificativ mai puțin cu primii lor bebeluși în vârstă de 5 luni decât o fac femeile care au avut copilării normale. Aceste observații, care au fost întreprinse de un etolog, s-au întins pe o perioadă suficient de lungă pentru a înregistra 50 de minute din starea de veghe a bebelușului, excluzând timpul necesar hrănirii lui; acest lucru presupunea de obicei ca observatorul să stea acolo toată dimineața. Nu numai că mamele provenind dintr-o familie dezorganizată petreceau în medie de două ori mai mult timp în afara câmpului vizual al bebelușilor lor, dar,

<sup>7</sup> Rolul contactului fizic apropiat cu mama în perioada copilăriei foarte mici a fost studiat la oameni în special de Ainsworth, care a descoperit că acei copii care dezvoltă un atașament caracterizat de siguranță față de mamă sunt cei care, în perioada în care erau sugari, au fost mult timp ținuti în brațe, cu tandrețe și cu afecțiune (Ainsworth *et al.*, 1978).

chiar și atunci când mama era împreună cu copilul ei, era dispusă să petreacă mai puțin timp ținându-l în brațe, mai puțin timp privindu-l și chiar vorbindu-i. Mai mult, atunci când erau întrebată „E necesară o perioadă de timp până când începem să privim bebelușul ca fiind o persoană — simțiți deja acest lucru?“, probabilitatea ca aceste mame provenind din familii dezorganizate să răspundă afirmativ era foarte mică (Hall, Pawlby și Wolkind, 1979). Ceea ce doresc să subliniez este că acest studiu oferă dovezi solide că femeile ale căror copilării au fost perturbate tind să se implice mai puțin în interacțiunea cu bebelușii lor, în comparație cu mamele care au avut copilării mai fericite — într-o perioadă din viața bebelușului lor în care frecvența interacțiunilor care se realizează este determinată aproape în întregime de către mamă.

Unele dintre cele mai evidente dovezi privind rolul extrem de important jucat de experiența din copilărie în determinarea modului în care, mai târziu, un părinte tratează un copil derivă din studiile asupra părinților despre care se știe că și-au abuzat fizic copiii (Parke și Collmer, 1979). Un tablou obișnuit include o copilărie în care îngrijirea parentală a fost în cel mai bun caz inconstantă și, în cel mai rău caz, complet absentă, în care criticele și învinovățirile erau frecvente și nemiloase și în care părinții sau părinții vitregi se purtau într-un mod violent unul cu celălalt, iar uneori, deși nu întotdeauna, și cu copiii. O caracteristică ce derivă dintr-un studiu întreprins de DeLozier asupra mameilor despre care se știe că și-au abuzat fizic copilul (un studiu descris în detaliu în Prelegerea 5) se referă la numărul mare de astfel de persoane care au trăit cu teama constantă de a fi părăsite de unul sau de ambii părinți — și ca urmare de a fi trimise în grija unei asistente maternale sau într-o instituție — și care, de

48 asemenea, au fost amenințate frecvent cu bătaii violente sau chiar mai mult. Nu este surprinzător faptul că aceste fete au crescut devenind permanent anxioase că soțul sau prietenul le va părăsi și privind violența fizică ca fiind o parte firească a existenței, așteptându-se puțin sau chiar deloc la iubire și la sprijin din partea vreunei persoane.

Totuși, nu toate femeile cu astfel de experiențe din copilărie își bat copilul; mai mult, nu este obligatoriu nici ca o femeie care își abuzează fizic un copil să-i abuzeze și pe ceilalți. Ce anume stă la baza acestor diferențe? Dovezile indică faptul că persoanele care, din cauza experiențelor avute la o vârstă fragedă, ar fi în mod evident predispuse să dezvolte atitudini parentale nefavorabile sunt mult mai vulnerabile decât în mod obișnuit la ceea ce li se întâmplă în timpul și după nașterea bebelușilor lor. Se pare că pentru aceste femei experiențele neprielnice din acest interval pot să însemne picătura care umple paharul.

De exemplu, într-un studiu întreprins la Oxford, Lynch (1975) a comparat istoriile a 25 de copii care au fost abuzați fizic cu cele ale fraților lor care scăpaseră de acest tratament. În comparație cu frații lor, s-a dovedit că acei copii abuzați au venit pe lume în urma unei sarcini, a unui travaliu și a unei nașteri cu probleme sau au fost separați de mama lor timp de 48 de ore sau chiar mai mult imediat după naștere ori au trăit experiența separărilor de alte tipuri pe parcursul primelor șase luni de viață. Mai mult, pe parcursul primului an din viața acestor copii abuzați, probabilitatea ca aceștia să se îmbolnăvească a fost mai mare decât în cazul fraților lor neabuzați; de asemenea, și mamele copiilor abuzați au prezentat un procentaj mai mare de îmbolnăviri pe parcursul primului an de via-

49 ță al copilului abuzat, comparativ cu primul an de viață al fraților neabuzați. Din moment ce în acest studiu personalitățile și istoriile din copilărie ale părinților erau aceleași în cazul fraților abuzați și al celor neabuzați, soarta fiecăruia pare să fi avut legătură în mare parte cu experiențele mamei cu copilul pe parcursul perioadelor peri- și postnatale. Descoperirile care au reieșit dintr-un studiu întreprins de Cater și Easton (1980) evidențiază aceeași concluzie<sup>8</sup>.

Dintre numeroasele tipare de parentaj perturbate cărora li se poate regăsi originea, cel puțin parțial, în experiența din copilărie, există unul care se întâmplă să fie bine documentat în studiile asupra mamelor abuzive (de exemplu, Morris și Gould, 1963; Steele și Pollock, 1968; Green, Gaines și Sandgrun, 1974; DeLozier, 1982). Acest tipar se referă la tendința acestor mame de a aștepta și de a cere grijă și atenție de la propriii lor copii — cu alte cuvinte, este vorba despre o inversare a relației. În timpul interviurilor ele relatează frecvent modul în care, ca și copii, și ele au fost făcute să se simtă responsabile pentru îngrijirea părinților lor, în loc ca părinții să aibă grijă de ele.

Majoritatea sau poate toți părinții care așteaptă de la copiii lor să aibă grijă de ei au trăit ei înșiși experiența unui parentaj foarte neadecvat. Din nefericire, prea adesea ei le pot crea copiilor lor probleme psihice majore. Într-o altă lucrare (Bowlby, 1973, 1980) am susținut că relația inversată părinte-copil de acest tip stă la baza unui procent semnificativ de cazuri de refuz al școlii (fobie școlară) și agorafobie, și probabil și de cazuri de depresie.

<sup>8</sup> Este necesară prudență în interpretarea rezultatelor acestor două studii, deoarece în niciunul dintre ele nu există certitudinea că în fiecare caz mama copilului era întotdeauna părintele abuziv.

În această lucrare am acordat atenție în principal aspectelor pe care le cunoaștem cu privire la parentajul reușit și câtorva dintre variabilele care ușurează sau îngreunează capacitatea tinerilor părinți de a fi sensibili și grijulii. În consecință, am avut posibilitatea să spun doar puțin în legătură cu numeroasele și diversele tipare de parentaj deficitar și distorsionat pe care le întâlnim în clinică. Un alt subiect amplu care a fost omis se referă la modul în care îi putem ajuta cel mai bine pe tinerii bărbați și femei să aibă succes ca părinți, așa cum cred că marea majoritate își doresc. Prin urmare, permiteți-mi să susțin acele aspecte despre care consider că sunt principiile fundamentale pentru un astfel de demers — cele pe care încercăm întotdeauna să le transmitem prin exemplu, și nu prin precept, prin discuție, nu prin instrucție. Cu cât putem oferi mai mult tinerilor oportunități de a întâlni, și a observa *direct* modul în care părinții sensibili, grijulii își tratează copilul, cu atât va fi mai mare probabilitatea ca ei să urmeze aceste exemple. A afla direct de la astfel de părinți despre dificultățile cu care se confruntă și recompensele pe care le obțin, și a discuta cu ei atât despre greșeli, cât și despre reușite valorează, cred, cât sute de prelegeri educative. Pentru un program de acest fel, care în unele locuri ar putea să reprezinte o extensie a grupurilor de auto-ajutorare ale mamelor — grupuri care încep acum să se dezvolte — am avea nevoie să solicităm o cooperare activă din partea părinților sensibili și grijulii. Din fericire, încă mai există numeroși astfel de părinți în societatea noastră și cred că mulți ar fi bucuroși și mândri să dea o mână de ajutor.

## Originile teoriei atașamentului

*În primăvara anului 1981 American Orthopsychiatric Association m-a invitat la New York pentru a-mi oferi Premiul Blanche Ittleson și pentru a le prezenta membrilor asociației istoricul activității mele în domeniul atașamentului și pierderii. După ce le-am mulțumit membrilor pentru onoarea pe care mi-au acordat-o, am profitat de această ocazie pentru a-mi exprima recunoștința profundă față de cele trei fundații americane, Josiah Macy Junior, Ford și Foundations Fund for Research in Psychiatry, care ne-au susținut activitatea la Clinica Tavistock pe toată perioada dificilă de zece ani, începând din 1953.*

*În urma acestei întâlniri, editorul revistei asociației mi-a solicitat să-mi extind prezentarea, aducând detalii cu privire la ceea ce cunoșteam la acel moment în domeniul pe care îl cercetam, cu privire la modul în care ajunsesem la acele concluzii și la direcțiile către care ar trebui să se îndrepte următoarele cercetări. Ca răspuns, i-am explicat că nu eram în poziția de a prezenta o istorie obiectivă despre un domeniu care era de multă vreme controversat și că tot ce aș fi putut încerca era să relatez această poveste așa cum mi-o aminteam eu, și să indic câteva dintre studiile empirice și ideile teoretice care au influențat structurarea teoriei mele. Preferințele mele personale, am explicat, ar fi fost în mod inevitabil evidente.*

În anii '30 și '40, o serie de clinicieni de pe ambele țărmuri ale Atlanticului, lucrând în cea mai mare parte independent unii de ceilalți, făceau o serie de observații privind efectele negative asupra dezvoltării personalității datorate îngrijirii instituționalizate îndelungate și/sau datorate schimbărilor frecvente ale figurii materne în primii ani de viață. Au urmat lucrări semnificative. Menționând autorii în ordine alfabetică după numele lor de familie, această listă îi cuprinde pe următorii: Lauretta Bender (Bender și Yarnell, 1941; Bender, 1947), John Bowlby (1940, 1944), Dorothy Burlingham și Anna Freud (1942, 1944), William Goldfarb (1943 a, b și c și alte șase lucrări, rezumate în 1955), David Levy (1937) și René Spitz (1945, 1946). Deoarece fiecare dintre acești autori era un psihanalist acreditat (cu excepția lui Goldfarb, care s-a format ulterior), nu este o surpriză faptul că rezultatele cercetărilor au avut un ecou redus în afara cercurilor psihanalitice.

În acel moment, la sfârșitul anului 1949, a apărut un tânăr psihiatru ingenios de origine britanică, de orientare analitică, care fusese numit de curând în funcția de șef al Secției de Sănătate Mentală din cadrul Organizației Mondiale a Sănătății. Solicitat să contribuie la un studiu al Națiunilor Unite asupra nevoilor copiilor fără adăpost, Ronald Hargreaves<sup>9</sup> a decis să numească pe termen scurt un consilier pentru a raporta aspectele de sănătate mentală pe această temă și, cunoscând interesul meu în domeniu, m-a invitat să preiau această sarcină. Pentru mine, a fost o șansă unică. După cinci ani ca psihiatru în armată, m-am întors la psihiatria copilului, hotărât să cercetez mai departe problemele la care începusem să lucrez înainte de război; și îl numisem deja prim-asistent

<sup>9</sup> Moartea prematură a lui Ronald Hargreaves în 1962, când era profesor de psihiatrie la Leeds, a reprezentat o pierdere dureroasă pentru psihiatria preventivă.

de cercetare pe James Robertson, asistent social de curând specializat în domeniul psihiatriei, care lucrase cu Anna Freud la Creșele Hampstead în perioada războiului.

Cele șase luni pe care le-am petrecut la Organizația Mondială a Sănătății în 1950 mi-au oferit șansa nu doar de a citi lucrările de specialitate și de a le discuta cu autorii lor, ci și de a-i întâlni pe mulți alți specialiști în domeniu din Europa și din Statele Unite. La puțin timp după finalizarea contractului meu, mi-am prezentat raportul, care a fost publicat în 1951 ca monografie a OMS, sub titlul *Maternal Care and Mental Health* [Îngrijirea maternă și sănătatea mentală]. În cadrul acestei lucrări, am trecut în revistă dovezile departe de a fi neglijabile, disponibile la acel moment, privind influențele negative ale îngrijirii materne neadecvate în perioada de sugar asupra dezvoltării personalității; am atras atenția asupra stresului acut pe care îl resimt copiii mici care se trezesc separați de cei pe care îi cunosc și îi iubesc, și am făcut o serie de recomandări privind modul în care s-ar putea evita cel mai bine, sau cel puțin să se diminueze, efectele negative pe termen scurt și lung. Pe parcursul următorilor câțiva ani, acest raport a fost tradus în douăsprezece limbi și a fost, de asemenea, publicat într-o ediție prescurtată, în limba engleză, destinată publicului larg.

Cu toate acestea, oricât de multă influență ar avea deseori cuvântul scris, nimic nu seamănă cu impactul emoțional pe care îl are un film. În anii '50, filmul de început al lui René Spitz, *Grief: A Peril in Infancy* (1947) [Durerea: Un pericol în perioada de sugar]<sup>10</sup> și cel al lui James Robertson, *A Two-Year-Old Goes to*

<sup>10</sup> Filmul lui René Spitz arată efectul negativ pe care absența îndelungată a mamei îl are asupra dezvoltării personalității copilului. Studiile asupra comportamentului bebelușului, înainte și după o absență de 3 luni a mamei, indică modificări negative care pot

54 *Hospital* (1952) [Un copil de doi ani merge la spital]<sup>11</sup> au avut amândouă o influență enormă. Nu numai că au atras atenția celor care activau în domeniu asupra distresului și anxietății pe care le resimt imediat copiii mici aflați într-un cadru instituționalizat, ci s-au dovedit a fi instrumente puternice pentru promovarea schimbărilor în practică. În acest domeniu, Robertson avea să joace un rol important (de exemplu, Robertson, 1958, 1970).

Cu toate că la sfârșitul anilor '50 o foarte mare parte dintre cei care lucrau în domeniul psihiatriei și psihologiei infantile și al asistenței sociale, precum și unii din domeniul pediatriei și al îngrijirii specializate a copiilor bolnavi acceptaseră rezultatele cercetărilor și implementau schimbări, controversa aprinsă provocată de publicațiile și filmele anterioare a continuat. Psihiatrii care se formaseră în psihiatria clasică și psihologii care adoptau o abordare bazată pe teoria învățării nu au încetat niciodată să indice lacunele dovezilor și lipsa unei explicații adecvate privind modul în care tipurile de experiență implicate ar fi putut avea efectele pretinse asupra dezvoltării personalității. În plus, mulți psihanalisti, în special cei a căror teorie era concentrată asupra rolului fantasmei în psihopatologie, până la relativa excludere a influenței evenimentelor din viața reală, au rămas sceptici și uneori foarte critici. Între timp, cercetările au continuat. De exemplu, la Yale, Sally Provence și Rose Lipton realizau un studiu sistematic asupra bebelușilor instituționalizați, în cadrul căruia au comparat dezvoltarea acestor bebeluși cu cea a bebelușilor care

deveni permanente în cazul în care mama nu se întoarce; întoarcerea mamei are ca rezultat o recuperare rapidă. (N.t.)

<sup>11</sup> Filmul documentar al lui James Robertson prezintă suferința unei fete de 2 ani, internată în spital fără mama ei, în acea perioadă chiar și vizitele părinților fiind extrem de restricționate. Filmul pune accentul pe faptul că, la vârste fragede, copiii nu sunt pregătiți pentru experiența separării de mama lor. (N.t.)

trăiau în sânul unei familii (Provence și Lipton, 1962). La Tavistock, membrii micului meu grup de cercetare activau în domeniul obținerii de informații privind efectele pe termen scurt asupra copilului mic aflat în grija unor persoane străine și într-un mediu străin, pentru un interval de câteva săptămâni și uneori chiar de luni de zile (a se vedea în special studiile întreprinse de Christoph Heinicke, în 1956 și cele întreprinse împreună cu Ilse Westheimer, în 1966), timp în care eu am abordat problemele teoretice ridicate de aceste date.

Între timp, domeniul se schimba. Una dintre influențele importante a constituit-o publicarea în 1963, de către Organizația Mondială a Sănătății, a unei culegeri de articole în cadrul căreia erau reevaluate diversele tipuri de experiență incluse sub denumirea de „privarea de îngrijire maternă”. Dintre cele șase articole, de departe cel mai cuprinzător a fost cel al kolegi mele Mary Ainsworth (1962). În acest articol, ea nu numai că a trecut în revistă dovezile ample și diverse și a abordat numeroasele teme care au dat naștere unor controverse, ci a identificat totodată și un mare număr de probleme care trebuiau să fie cercetate în continuare.

O a doua influență importantă a fost constituită de publicarea, începând cu sfârșitul anilor '50, a studiilor întreprinse de Harry Harlow privind efectele privării de îngrijire maternă asupra maimuțelor Rhesus; și, încă o dată, filmul a jucat un rol important. Activitatea lui Harlow în Statele Unite fusese stimulată de rapoartele lui Spitz. În Marea Britanie, studii complementare întreprinse de Robert Hinde au fost inspirate de activitatea noastră de la Tavistock. În următorul deceniu, opoziția a fost subminată de un val de rezultate experimentale obținute de acești doi oameni de știință (a se vedea rezumatele în Harlow și Harlow, 1965 și Hinde

55

și Spencer-Booth, 1971), rezultate care au fost menționate de Ainsworth ca fiind printre cele mai importante. După aceea, nu s-a mai spus nimic despre lipsa intrinsecă de plauzibilitate a ipotezelor avansate de noi; iar critica a devenit mai constructivă.

Desigur, multe aspecte au rămas neclare. Chiar și în cazul în care se acceptă realitatea distresului pe termen scurt și a perturbării comportamentale, ce dovezi există, s-a pus întrebarea, că efectele negative ar putea să persiste? Ce caracteristici ale experienței, sau ce combinație de caracteristici, ar fi responsabile de stres? Și, dacă s-ar dovedi că este adevărat că în unele cazuri efectele negative chiar persistă, cum s-ar putea explica acest lucru? Cum se face că unii copii par să treacă prin experiențe foarte defavorabile relativ nevătămați? Cât de important este ca un copil să fie în principal îngrijit în cea mai mare parte a timpului de către una și aceeași persoană? S-a susținut (în mod greșit, cum s-a dovedit) că în societățile mai puțin dezvoltate îngrijirea oferită de mai multe persoane nu este ceva ieșit din comun. Mai mult, pe lângă toate aceste întrebări legitime, au existat o serie de erori de înțelegere. Unii au presupus că cei care susțin perspectiva că un copil ar trebui să fie îngrijit în cea mai mare parte a timpului de către o figură maternă principală considerau că aceasta trebuie să fie mama naturală a copilului — așa-numita teorie a legăturii de sânge. Alții au presupus că, atunci când partizanii acestei idei susțineau că un copil ar trebui „să trăiască o relație apropiată, caldă și continuă cu mama lui (sau cu un substitut matern permanent)”, ei prescriau un regim în cadrul căruia o mamă trebuia să-și îngrijească copilul 24 de ore pe zi, fără pauză. Într-un domeniu în care sunt trezite sentimente puternice și aproape fiecare are un fel de interes legitim, o gândire clară și fără idei preconcepute nu este întotdeauna facilă.

Monografia *Maternal Care and Mental Health* are două părți. Prima parte trece în revistă dovezile referitoare la efectele defavorabile ale privării de îngrijire maternă, iar cea de-a doua parte abordează mijloacele de prevenire a acestei privări. Ceea ce a lipsit, așa cum au indicat câțiva recenzenți, a fost o explicație a modului în care experiențele incluse sub denumirea largă de privare de îngrijire maternă ar putea să afecteze dezvoltarea personalității în modurile care au fost descrise. Motivul acestei omisiuni a fost unul simplu: datele nu puteau fi cuprinse de niciuna dintre teoriile care existau atunci, și în timpul scurt în care am lucrat la Organizația Mondială a Sănătății nu a existat posibilitatea dezvoltării unei teorii noi.

#### LEGĂTURA COPILULUI CU MAMA LUI

În acel moment se susținea, în general, că motivul pentru care un copil dezvoltă o legătură apropiată cu mama lui este acela că ea îl hrănește. Se presupunea că există două tipuri de pulsione: primară și secundară. Hrănirea este considerată a fi determinată de o pulsione primară; relația personală, la care se face referire prin „dependență” este considerată a fi determinată de o pulsione secundară. Mi s-a părut că această teorie nu se potrivește realității. De exemplu, dacă ar fi adevărat, un copil mic, de un an sau doi, ar trebui să placă instantaneu pe oricine l-ar hrăni, și evident că lucrurile nu stăteau așa. O teorie alternativă, derivând din școala maghiară de psihanaliză, postula ideea unei relații primitive de obiect încă de la început. Totuși, în versiunea cea mai cunoscută a acestei teorii, cea susținută de Melanie Klein,



se consideră că sânul mamei este primul obiect, și accentul cel mai mare este pus asupra hranei și a oralității, precum și asupra naturii infantile a „dependenței”. Niciuna dintre aceste caracteristici nu s-a potrivit cu experiența mea cu copiii.

Însă dacă teoriile din acel moment referitoare la dependență erau inadecvate, care era alternativa?

În vara anului 1951 un prieten mi-a vorbit despre cercetările lui Lorenz asupra reacției bobocilor de rață și de găscă, reacția de a urmări pe cineva sau ceva. Citind despre aceste lucruri, precum și lucrările adiacente care abordau comportamentul instinctual, am descoperit o lume nouă; era o lume în care oameni de știință marcanți cercetau în speciile non-umane multe dintre problemele cu care ne confruntăm la oameni, în special relațiile relativ stabile care se dezvoltă în cadrul multor specii, inițial între pui și părinți și ulterior în cadrul cuplurilor, precum și câteva dintre modurile în care aceste dezvoltări pot să eșueze. Ar putea această activitate, m-am întrebat, să clarifice o problemă esențială pentru psihanaliză, cea a „instinctului” la oameni?

A urmat apoi o etapă îndelungată, în care am încercat să stăpânesc principiile fundamentale și să le aplic la problemele noastre, începând cu natura legăturii copilului cu mama lui. Aici, activitatea lui Lorenz asupra reacției bobocilor de rață și de găscă (Lorenz, 1935) a jucat un rol deosebit. Lorenz a arătat că, la unele specii de animale, se poate dezvolta o puternică legătură față de o figură maternă individuală, fără ca această legătură să fie intermediată de hrană: aceste mici păsări nu sunt hrănite de părinți, ci se hrănesc singure, prinzând insecte. Aici, iată, exista un model alternativ la cel tradițional, și unul care avea o serie de caracteristici care păreau că s-ar fi potrivit probabil și în cazul oamenilor. Apoi, pe măsură ce înțelegeam mai mult principiile

etologice și le aplicam la toate problemele clinice, am început să fiu din ce în ce mai încrezător că aceasta era o abordare promițătoare. Astfel, adoptând acest punct de vedere inovator, am luat decizia „să-l urmărim prin tot materialul de care dispunem, atât timp cât folosirea sa pare să ducă la ceva” (ca să împrumut o frază a lui Freud).

Din 1957, când a fost prezentată pentru prima dată lucrarea *The Nature of the Child's Tie to his Mother* [Natura legăturii copilului cu mama lui], și apoi în 1969, când a apărut *Attachment* [Atașamentul], și până în 1980, odată cu publicarea lucrării *Loss* [Pierderea], m-am concentrat asupra acestei chestiuni. Cadrul<sup>12</sup> conceptual care a rezultat este schițat în așa fel încât să cuprindă toate acele fenomene asupra cărora Freud a atras atenția — de exemplu, relațiile de iubire, anxietatea de separare, doliul, apărarea, furia, vinovăția, depresia, trauma, detașarea emoțională, perioadele sensibile din primii ani de viață — și pentru a oferi astfel o alternativă la metapsihologia clasică a psihanalizei și de a adăuga încă una la numeroasele versiuni ale teoriei clinice existente în acest moment. Cât de mult succes vor avea aceste idealuri, numai timpul ne va arăta.

Așa cum a subliniat Kuhn, orice cadru conceptual inovator este dificil de înțeles, în special pentru cei care au fost pentru mult timp familiarizați cu cel precedent. Dintre numeroasele dificultăți întâmpinate în înțelegerea cadrului propus aici, prezint doar câteva. Una este aceea că, în loc de a începe cu un sindrom clinic apărut mai târziu în viață și de a încerca, retrospectiv, să-i depistez originile, am început cu o categorie de traume ale

<sup>12</sup> Acesta este termenul pe care Thomas Kuhn (1974) îl folosește acum pentru a înlocui „paradigma”, termenul pe care l-a utilizat în lucrarea lui anterioară (Kuhn, 1962).

60 copilăriei și am încercat, prospectiv, să depistez sechelele. O a doua dificultate este aceea că, în loc să încep cu gândurile și sentimentele personale ale unui pacient, așa cum se exprimau acestea în asociațiile libere sau în joc, și să construiesc o teorie a dezvoltării personalității pe baza acestor informații, am pornit cu observarea comportamentului copiilor în anumite tipuri de situații definite, incluzând detalii privind sentimentele și gândurile pe care le exprimă, și am încercat să construiesc o teorie a dezvoltării personalității pornind de la acestea. Alte dificultăți derivă din faptul că utilizez concepte precum sistem de control (în loc de energie psihică) și căi de dezvoltare (în loc de stadiu libidinal) care, cu toate că acum sunt ferm consolidate ca și concepte-cheie în toate științele biologice, ele sunt însă străine gândirii unui număr foarte mare de psihologi și clinicieni.

Abandonând teoria dependenței, care consideră legătura copilului cu mama lui ca tendință secundară, precum și alternativa kleiniană, o primă sarcină a fost aceea de a formula o alternativă înlocuitoare. Acest lucru a condus către conceptul de comportament de atașament, cu propria sa dinamică, diferită de comportamentul și de dinamica hrănirii sau sexualității, cele două surse ale motivației umane care atât de mult timp au fost privite ca fiind primordiale. O susținere fermă pentru acest pas a venit curând din partea descoperirii lui Harlow; studiul lui arăta că, la alte specii de primat — macacii Rhesus — puii foarte mici prezentau o preferință semnificativă pentru „mama” artificială moale, în pofida faptului că ea nu oferea hrană, în comparație cu „mama” artificială tare care oferea hrană (Harlow și Zimmermann, 1959).

Comportament de atașament înseamnă orice formă de comportament care face ca o persoană să ajungă sau să se mențină

61 în proximitatea unui alt individ identificat ca fiind în mod clar mai capabil de a se adapta la mediu. Acest comportament este cel mai ușor de observat ori de câte ori persoana este înfricoșată, obosită sau bolnavă și este depășit dacă primește alinare și îngrijire. Alteori, acest comportament este mai greu de observat. Cu toate acestea, pentru o persoană, a ști că o figură de atașament este disponibilă și responsivă îi conferă un sentiment de siguranță puternic și pervaziv, și astfel este încurajată să prețuiască și să continue relația. În timp ce comportamentul de atașament este cel mai ușor de observat la vârste foarte mici, el poate fi observat pe parcursul întregului ciclu al vieții, în special în situațiile de urgență. Din moment ce este observat la aproape toate ființele umane (totuși, în tipare care variază), este considerat a fi parte esențială a naturii umane, pe care o împărtășim (într-o măsură variabilă) cu membrii altor specii. Funcția biologică ce i se atribuie este cea de protecție. A avea un acces facil la un individ pe care îl cunoaștem, despre care știm că este gata și dornic să ne sară în ajutor într-o situație de urgență, reprezintă în mod clar o bună poliță de asigurare — indiferent de vârsta pe care o avem.

Conceptualizând atașamentul în acest mod, ca formă fundamentală de comportament având propria sa motivație internă, distinctă de cea de hrănire sau de cea sexuală, și fiind la fel de important pentru supraviețuire, comportamentului și motivației li se acordă un statut teoretic așa cum nu li s-a mai acordat anterior — cu toate că părinții și clinicienii deopotrivă și-au dat de mult seama, în mod intuitiv, de importanța acestora. Așa cum s-a subliniat mai devreme, termenii „dependență” și „nevoie de dependență”, care până în acest moment au fost utilizați pentru a face referire la aceste concepte, au dezavantaje considerabile.

În primul rând, termenul „dependență” are o nuanță peiorativă; în al doilea rând, el nu sugerează o relație încărcată emoțional cu unul sau cu altul din foarte puținii indivizi preferați în mod evident; și în al treilea rând, nu i s-a atribuit vreodată o funcție biologică importantă.

Au trecut deja 30 de ani de când noțiunea de atașament a fost pentru prima dată avansată ca mod util de conceptualizare a unei forme de comportament de o importanță esențială nu numai pentru clinicieni și specialiștii în psihologia dezvoltării, ci și pentru fiecare părinte. În acest timp, teoria atașamentului a fost foarte mult clarificată și extinsă. Cei mai importanți dintre cei care au contribuit la dezvoltarea acestei teorii au fost Robert Hinde — care, pe lângă propriile lucrări publicate (de exemplu, 1974), mi-a ghidat constant modul de gândire — și Mary Ainsworth — care, începând cu sfârșitul anilor '50, a întreprins pentru prima dată studii empirice asupra comportamentului de atașament, atât în Africa (1963, 1967), cât și în SUA (Ainsworth și Wittig, 1969; Ainsworth *et al.*, 1978), și a ajutat, de asemenea, foarte mult la dezvoltarea teoriei (de exemplu, 1969, 1982). Activitatea ei, împreună cu cea a studenților ei și a altor persoane influențate de ea (activitate care s-a extins enorm de la data la care această prelegere a fost ținută și care este prezentată cu anumite detalii în Prelegerea 7) a făcut ca teoria atașamentului să fie în mare măsură considerată ca fiind probabil cea mai bine susținută teorie a dezvoltării socio-emoționale disponibilă în acest moment (Rajecki, Lamb și Obmascher, 1978; Rutter, 1980; Parkes și Stevenson-Hinde, 1982; Sroufe, 1986).

Deoarece punctul meu de plecare în dezvoltarea teoriei atașamentului a fost reprezentat de observații asupra comportamentului, unii clinicieni au presupus că teoria nu reprezintă nimic

mai mult decât o versiune a behaviorismului. Această eroare se datorează în mare măsură lipsei de cunoaștere a cadrului conceptual propus, dar în parte și propriului meu eșec din formulările anterioare de a prezenta într-un mod clar distincția care trebuie făcută între atașament și comportamentul de atașament. A spune despre un copil (sau despre o persoană mai în vârstă) că este atașat de cineva, sau că prezintă un atașament față de cineva, înseamnă că el are o predispoziție puternică de a căuta proximitatea față de acel individ sau contactul cu el, și de a face acest lucru în anumite condiții specifice. Predispoziția de a se comporta în acest mod reprezintă un atribut al persoanei atașate, un atribut persistent care se modifică doar foarte lent de-a lungul timpului și care nu este afectat de situația de moment. Prin opoziție, comportamentul de atașament se referă la oricare dintre variatele forme de comportament în care persoana se implică din când în când pentru a obține și/sau menține o proximitate dorită.

Există numeroase dovezi care indică faptul că aproape toți copiii preferă în mod obișnuit o singură persoană, de obicei figura maternă, la care să meargă atunci când se află într-o stare de stres; totuși, în absența acesteia, el o va substitui cu altcineva, de preferat cu o persoană pe care o cunoaște bine. În astfel de situații, majoritatea copiilor prezintă o ierarhie clară a preferințelor; însă în cazuri extreme și când nimeni nu este disponibil, chiar și un străin amabil ar putea fi abordat. Astfel, în timp ce comportamentul de atașament ar putea să difere, în funcție de împrejurări, de la un individ la altul, totuși un atașament stabil, sau o legătură de atașament, are în vedere numai câteva persoane. În cazul în care un copil nu prezintă o astfel de diferențiere clară, este probabil ca el să prezinte o tulburare gravă.

Teoria atașamentului reprezintă o încercare de a explica atât comportamentul de atașament, cu aparițiile și disparițiile lui periodice, cât și atașamentele stabile pe care copiii și alți indivizi le realizează față de anumiți indivizi. În cadrul acestei teorii, conceptul-cheie este cel de sistem comportamental. Acesta este conceput în baza analogiei cu un sistem fiziologic organizat după principiile homeostaziei: și anume, asigurarea faptului că o anumită caracteristică fiziologică, precum temperatura corpului sau tensiunea arterială, este menținută în parametri adecvați. Propunând conceptul de sistem comportamental pentru a explica modul în care un copil sau o persoană adultă menține relația pe care o are cu figura sa de atașament în cadrul anumitor limite privind distanța și accesibilitatea, nu facem nimic mai mult decât să utilizăm aceste principii bine cunoscute pentru a explica o formă diferită de homeostazie, și anume una în cadrul căreia limitele stabilite privesc relația organismului cu persoane clar identificate din mediu, sau cu alte caracteristici ale acestora; în cazul acestei forme de homeostazie, limitele sunt menținute prin mijloace comportamentale, și nu fiziologice.

Conceptualizând în acest mod existența unei organizări psihice interne, cu un număr de caracteristici extrem de specifice, care includ modele reprezentationale ale sinelui și ale figurii (figurilor) de atașament, teoria propusă poate fi privită ca având toate proprietățile fundamentale similare celor care caracterizează alte forme de teorii structurale, dintre care versiunile teoretice din psihanaliză sunt câteva dintre cele mai cunoscute, și care le diferențiază atât de mult de behaviorism, în numeroasele forme ale acestuia. Din punct de vedere istoric, teoria atașamentului a fost dezvoltată ca versiune a teoriei relației de obiect.

Motivul pentru care în această lucrare am acordat atât de mult spațiu conceptului și teoriei atașamentului este acela că, odată ce aceste principii sunt înțelese, nu mai există dificultăți în înțelegerea modului în care multe alte fenomene esențiale pentru clinicieni sunt explicate prin intermediul cadrului conceptual propus.

#### ANXIETATEA DE SEPARARE

De exemplu, problema anxietății de separare apare într-o nouă lumină, și anume anxietatea pe care un individ o trăiește în cazul pierderii sau separării de cineva drag. Motivul pentru care „simpla separare” ar trebui să dea naștere anxietății este un mister. Freud a fost preocupat în mod deosebit de această problemă și a avansat o serie de ipoteze (Freud, 1926; Strachey, 1959). Și alți analiști importanți au făcut același lucru. În absența unor metode de a testa aceste ipoteze, s-au dezvoltat multe școli de gândire divergente.

Cred că problema rezidă în aserțiunea — de altfel, necercetată — a unor psihanalisti, dar și a unor psihiatri de orientare tradițională, conform căreia frica apare la o persoană sănătoasă mental doar în acele situații pe care oricine le-ar percepe ca fiind prin ele însele dureroase sau periculoase, sau care sunt percepute în acest mod de către o persoană numai datorită faptului că ea a ajuns să fie condiționată în acest fel. Deoarece frica de separare și de pierdere nu se încadrează în această formulă, analiștii au ajuns la concluzia că aspectul care este temut se referă într-adevăr la o altă situație; și astfel au fost avansate diverse ipoteze.

Dificultățile dispar totuși atunci când se adoptă o abordare etologică. Deoarece, în acel moment, devine evident faptul că

66 omul, asemenea celorlalte animale, reacționează prin frică la anumite situații — și nu din motiv că acele situații prezintă un *mare risc* de a produce durere sau pericol, ci din motiv că ele semnaleză o *creștere* a aceluși risc. Astfel, exact așa cum animalele din numeroase specii, inclusiv omul, sunt predispuse să reacționeze prin frică la o mișcare bruscă sau la o modificare semnificativă în nivelul sunetului sau al luminii, deoarece acest fapt are o valoare adaptativă, tot valoare adaptativă are și predispoziția de a răspunde prin frică la separarea de o figură care poate asigura îngrijire — din nou, aspect întâlnit la diverse specii, inclusiv la om.

Atunci când anxietatea de separare este privită în această lumină ca tendință umană fundamentală, mai rămâne un singur pas pentru a înțelege motivele pentru care amenințările cu abandonul la adresa unui copil, folosite adesea ca mijloc de control, sunt atât de terifiante. Astfel de amenințări, precum și amenințările cu sinuciderea din partea unui părinte sunt — și acum știm acest lucru — cauze obișnuite ale anxietății de separare amplificate. Aceste aspecte au fost deosebit de neglijate în teoria clinică tradițională, iar acest lucru se datorează, bănuiesc, nu unei teorii neadecvate privind anxietatea de separare, ci unui eșec în a acorda suficientă importanță efectelor puternice, indiferent de vârstă, ale evenimentelor din viața reală.

Amenințările cu abandonul nu numai că dau naștere unei anxietăți intense, dar ele produc totodată furie, adesea o furie intensă, în special la copiii mai mari sau la adolescenți. Această furie, a cărei funcție este aceea de a determina figura de atașament să renunțe la amenințare, poate să devină cu ușurință disfuncțională. Cred că în acest context putem înțelege un astfel de comportament paradoxal, absurd, cum este cel al adolescentului al

căruia caz a fost prezentat de Burnham (1965): acest adolescent, după ce și-a ucis mama, a exclamat: „Nu suportam să mă păărăsească”.

Alte situații patogene în cadrul familiei sunt ușor de înțeles în termenii teoriei atașamentului. Un exemplu destul de comun este acela în care un copil are o relație atât de apropiată cu mama lui, încât are dificultăți în dezvoltarea unei vieți sociale în afara familiei — o relație descrisă uneori drept simbioză. În majoritatea acestor cazuri, cauza problemei poate fi depistată la mamă care, ca rezultat al unei copilării dificile, a crescut atașată anxios, iar acum încearcă să facă din propriul copil figura ei de atașament. Cu toate că adesea se crede că acel copil este prea răsfățat, el este de fapt împovărat cu obligația de a-și îngriji mama. Astfel, în aceste cazuri, se descoperă că relația normală a copilului atașat de părintele care îngrijește este inversată.

#### DOLIUL

În timp ce anxietatea de separare reprezintă reacția obișnuită la o amenințare sau la alte riscuri de a pierde o persoană, doliul reprezintă reacția obișnuită la pierdere după ce aceasta a survenit. La începuturile dezvoltării psihanalizei, câțiva analiști au identificat pierderile care surveneau în copilărie sau mai târziu ca reprezentând cauza problemelor emoționale, în special în cazurile de tulburare depresivă; și până în 1950 au fost avansate câteva teorii despre natura doliului și a altor reacții la pierdere. Mai mult, se generase deja o controversă acută. Această controversă, care a demarat în anii '30, a luat naștere din teoriile divergente referitoare la dezvoltarea bebelușului, care fuseseră formulate în paralel la Viena și la Londra. Exemple reprezentative

68 privind punctele de vedere diferite asupra doliului sunt cele exprimate de Helene Deutsch în lucrarea *Absence of Grief* (1937) [Absența durerii] și de Melanie Klein în *Mourning and its Relation to Manic-Depressive States* (1940) [Doliul și raportul său cu stările maniaco-depresive]. În timp ce Deutsch susținea că, din cauza dezvoltării psihice neadecvate, copiii sunt incapabili să trăiască doliul, Klein susținea că ei nu numai că pot să trăiască doliul, ci chiar fac acest lucru. În concordanță cu accentul pe care Klein îl pune asupra hrănirii, ea a susținut că obiectul după care face doliul este sânul pierdut; și, în plus, ea a atribuit copilului o viață fantasmatică complexă. Însă oricât ar fi de opuse aceste poziții teoretice, ambele au fost elaborate utilizând aceeași metodologie: și anume inferențe privind fazele timpurii de dezvoltare psihică, având la bază observații făcute pe parcursul analizei subiecților cu vârste mai mari și cu probleme emoționale. Niciuna dintre teorii nu a fost verificată prin observarea directă a modului în care copii obișnuiți, de diferite vârste, reacționează la o pierdere.

Abordarea problemei într-un mod prospectiv, așa cum am procedat noi, m-a condus către concluzii diferite. La începutul anilor '50, împreună cu Robertson, am realizat o generalizare a succesiunii de reacții observate la copiii mici pe parcursul separării temporare de mamă; această succesiune de reacții le cuprinde pe următoarele: protestul, disperarea și detașarea (Robertson și Bowlby, 1952). Câțiva ani mai târziu, când am citit un studiu realizat de Marris (1958) asupra modului în care văduvele reacționează la pierderea soțului, am fost uimit de similaritatea reacțiilor descrise de el cu cele ale copiilor mici. Acest aspect m-a determinat să studiez sistematic literatura referitoare la doliu, în special doliul adulților sănătoși. A devenit limpede faptul că

69 succesiunea de reacții care apar în mod obișnuit era foarte diferită de cea pe care teoreticienii clinicieni o presupuseseră. Nu numai că doliul la adulții sănătoși durează mult mai mult decât cele șase luni despre care se vorbea pe atunci, însă o serie de reacții componente considerate a fi patologice s-au descoperit în cazul doliului sănătos. Aceste reacții includ: furia, îndreptată către terți, către sine și câteodată către persoana pierdută; lipsa convingerii că pierderea s-a produs (numită, într-un mod care induce în eroare, negare); tendința (care adesea nu este obligatoriu înconștientă) de a căuta persoana pierdută, în speranța unei reîntâlniri. Cu cât a devenit mai clar tabloul reacțiilor de doliu la adulți, cu atât au devenit mai clare similaritățile cu reacțiile observate la copii. Această concluzie, atunci când a fost pentru prima dată avansată (Bowlby, 1960, 1961), a fost foarte criticată; însă acum beneficiază de o susținere largă, ce se regăsește într-un număr de studii ulterioare (de exemplu, Parkes, 1972; Kliman, 1965; Furman, 1974; Raphael, 1982).

Odată ce am dobândit un tablou precis al doliului sănătos, devine posibilă identificarea caracteristicilor care, într-adevăr, indică patologia. Devine totodată posibilă discernerea diverselor condiții care promovează doliu sănătos și a celor care duc într-o direcție patologică. Convingerea conform căreia copiii sunt incapabili să facă doliul poate fi, așadar, privită ca derivând din generalizări care au fost făcute pornind de la analiza copiilor al căror doliu a urmat un traseu atipic. În multe cazuri, acest aspect s-a datorat fie faptului că acelui copil nu i s-au dat niciodată informații adecvate în legătură cu ceea ce s-a întâmplat, fie faptului că nu a existat nimeni care să-i ofere compasiune și să-l ajute să se împace treptat cu pierderea, cu dorul de părintele pierdut, cu furia și cu tristețea lui.

Următorul pas în această reformulare a teoriei a fost abordarea modului în care procesele defensive ar putea fi conceptualizate cel mai bine; acest pas este unul esențial, din moment ce procesele defensive s-au aflat dintotdeauna în centrul teoriei psihanalitice. Cu toate că, în calitate de clinician, am fost în mod inevitabil preocupat de întreaga gamă de apărări, în calitate de cercetător mi-am îndreptat atenția în special către modul în care un copil mic se comportă cu mama lui după o perioadă petrecută în spital sau în creșă, fără a fi vizitat. În astfel de condiții este ceva obișnuit ca un copil să înceapă prin a-și trata mama ca și cum ar fi o străină; însă ulterior, după un anumit interval, care durează de obicei câteva ore sau zile, copilul poate să se agațe extrem de mult de ea, temător că ar putea să o piardă din nou și supărat pe ea gândindu-se că s-ar putea întâmpla așa ceva. Într-un fel, toate sentimentele pe care el le are față de mama lui și întregul lui comportament față de ea pe care le considerăm firești, menținerea în proximitatea ei și, în mod special, reîntoarcerea la ea atunci când este înfricoșat sau rănit, toate acestea dispar pe neașteptate, doar pentru a reapărea după un anumit interval de timp. Aceasta este starea pe care James Robertson și cu mine am numit-o detașare și despre care credem că reprezintă un rezultat al anumitor procese defensive care operează în interiorul copilului.

Chiar dacă Freud, în teoretizarea științifică, s-a simțit limitat la un model conceptual care explica toate fenomenele, fie ele fizice sau biologice, în termenii dispoziției energiei, totuși noi astăzi avem modele conceptuale de o varietate mult mai mare. Mulți utilizează concepte interrelaționate precum organizare,

tipar și informație; iar activitățile orientate spre un anumit scop ale organismelor biologice pot fi concepute în termenii sistemelor de control structurate în anumite moduri. Având la dispoziție rezerve de energie fizică, aceste sisteme devin active în cazul receptării anumitor tipuri de semnale și devin inactive în cazul receptării semnalelor de alte tipuri. Așadar, lumea științei în care trăim acum este radical diferită de cea în care a trăit Freud la sfârșitul secolului al XIX-lea, iar conceptele disponibile sunt infinit mai bine adecvate problemelor noastre decât erau cele foarte limitate din vremea lui.

Dacă ne întoarcem acum la comportamentul de detașare neobișnuit de care dă dovadă un copil mic după ce a fost dus, pentru o vreme, într-un loc străin și cu oameni străini, putem observa o anumită caracteristică și anume, absența comportamentului de atașament în circumstanțe în care am putea avea convingerea că acesta ar trebui să apară. Chiar și atunci când se rănește grav, un astfel de copil nu arată niciun semn că ar căuta alinarea. Astfel de semnale care în mod obișnuit activează comportamentul de atașament nu funcționează în această situație. Acest lucru sugerează că, într-un fel și din anumite motive, aceste semnale nu reușesc să acceseze sistemul comportamental care răspunde de comportamentul de atașament; aceste semnale sunt blocate, iar sistemul comportamental însuși este prin urmare imobilizat. Aceasta înseamnă că un sistem care controlează un comportament atât de important precum atașamentul poate, în anumite circumstanțe, să fie adus, temporar sau permanent, în stare de incapacitate de a fi activat; și împreună cu el, este adusă în stare de incapacitate de a fi declanșată întreaga gamă de sentimente și dorințe care, în mod normal, însoțește acest comportament.



Pentru a aborda modul în care s-ar putea produce această dezactivare, mă întorc la activitatea psihologilor cognitivști (de exemplu, Norman, 1976; Dixon, 1971, 1981); aceștia, în ultimii 20 de ani, au revoluționat cunoștințele noastre despre modul în care percepem lumea și modul în care construim situațiile în care ne aflăm. Printre numeroasele alte aspecte care sunt specifice clinicii, această revoluție în teoria cognitivă nu numai că oferă proceselor mentale inconștiente locul central în viața mentală — aspect pe care psihanalistii l-au susținut dintotdeauna — dar prezintă totodată o imagine a aparatului mental ca fiind capabil să blocheze anumite tipuri de informații specifice și să procedeze în acest mod selectiv, fără ca persoana să își dea seama de ceea ce se întâmplă.

La copiii detașați emoțional prezența mai devreme și de asemenea, cred, la adulții care au dezvoltat tipul de personalitate pe care Winnicott (1960) îl numește „sine fals” și Kohut (1977) „narcisic”, informația care este blocată este de un tip foarte special. În aceste cazuri, nu este vorba numai despre excluderea obișnuită a informațiilor irelevante și care pot produce confuzie — excludere în care ne implicăm mereu și care are caracter reversibil imediat; aspectele care sunt excluse în aceste stări patologice au legătură cu semnalele, care vin atât din interiorul, cât și din exteriorul persoanei, care ar activa comportamentul ei de atașament și care i-ar da posibilitatea atât să iubească, cât și să se simtă iubită. Cu alte cuvinte, structurile mentale care răspund de excluderea selectivă obișnuită sunt angajate — s-ar putea spune chiar exploatate — într-un scop special și cu potențial patologic. Numesc această formă de excludere — din motive evidente — excludere defensivă; aceasta reprezintă, desigur, doar un alt mod de a descrie refularea. Și, exact așa cum Freud privea

refularea ca fiind procesul-cheie în orice formă de apărare, așa văd eu rolul excluderii defensive<sup>13</sup>. Într-un capitol de început al lucrării *Loss* (Bowlby, 1980), poate fi regăsită o descriere mai detaliată a excluderii defensive, în termenii unei abordări de tip informație-procesare a problematicei apărării, în cadrul căreia mecanismele de apărare sunt clasificate în procese defensive, convingeri defensive și activități defensive.

#### UN CADRU CONCEPTUAL ALTERNATIV

În intervalul de timp care a fost necesar pentru elaborarea cadrului conceptual descris aici, Margaret Mahler s-a preocupat de multe dintre problemele clinice similare și de unele dintre caracteristicile comportamentului copiilor; ea a elaborat, de asemenea, un cadru conceptual revizuit pentru a le explica, cadru prezentat în întregime în cartea ei *The Psychological Birth of the Human Infant* (Mahler, Pine și Bergman, 1975) [Nașterea psihologică a bebelușului uman]. Compararea cadrelor alternative nu este niciodată facilă, așa cum subliniază Kuhn (1962), iar eu nu fac aici nicio încercare de a proceda în acest sens. Într-o altă lucrare (de exemplu Bowlby, 1981), am descris ceea ce consider a fi câteva dintre punctele tari ale cadrului pe care îl prefer, incluzând raportul strâns al acestuia cu datele empirice, atât clinice cât și referitoare la dezvoltare, precum și compatibilitatea acestui cadru conceptual cu ideile actuale din biologia evoluționistă și neurofiziologie; ceea ce eu privesc ca neajunsuri ale cadrului elaborat de Mahler este criticat tranșant de Peterfreund (1978) și de Klein (1981).

<sup>13</sup> Așa cum menționează Spiegel (1981), termenul meu de „excludere defensivă” are un înțeles foarte apropiat de cel al lui Sullivan, de „neatenție selectivă”.



Pe scurt, se dovedește că teoriile lui Mahler privind dezvoltarea normală, inclusiv fazele normale de autism și simbioză pe care ea le postulează, nu se sprijină pe observație, ci pe preconcepțiile bazate pe teoria psihanalitică tradițională; în acest mod, ea ignoră aproape complet corpusul remarcabil de informații noi referitoare la primele luni de viață care a fost dezvoltat prin studii empirice atente de-a lungul ultimelor două decenii. Cu toate că unele implicații clinice ale teoriei lui Mahler nu sunt foarte diferite de cele ale teoriei atașamentului, iar conceptul ei de reîntoarcere la bază pentru „realimentare” este similar celui de utilizare a unei figuri de atașament ca bază de siguranță de la care copilul să înceapă să exploreze, conceptele-cheie cu care sunt construite cele două cadre teoretice sunt foarte diferite.

## Cercetare

Nimic nu mi-a oferit mai multă satisfacție decât volumul mare de cercetări amănunțite cărora le-au dat naștere primele lucrări asupra privării de îngrijire maternă. Avem acum la dispoziție o literatură vastă în acest domeniu, care însă nu poate fi rezumată într-o prezentare ca aceasta. Mai mult, din fericire, acest lucru nu este necesar, din moment ce o trecere în revistă cuprinzătoare și critică a acestui domeniu a fost publicată de Rutter (1979); el își încheie prezentarea prin a face referire la „continua acumulare de dovezi care arată importanța privării de îngrijire maternă și prejudiciul produs de aceasta asupra dezvoltării psihice a copilului” și își exprimă părerea că argumentele inițiale „au fost amplu confirmate”. O descoperire esențială a activității recente de cercetare o reprezintă măsura în care

două sau mai multe experiențe defavorabile interacționează în așa fel încât crește riscul apariției unei probleme psihice subsecvente, adesea exponențial. Un exemplu referitor la acest efect interactiv al experiențelor defavorabile este regăsit în descoperirile făcute de Brown și Harris (1978), derivat din studiile lor asupra tulburărilor depresive la femei. (În ultimul deceniu acest grup a publicat și multe alte descoperiri de un interes major, a se vedea Harris (1988)).

Nu numai că există acest efect foarte puternic interactiv al experiențelor defavorabile, dar există totodată o probabilitate crescută ca o persoană care a avut o experiență defavorabilă să aibă încă una. De exemplu, „persoanele crescute în familii nefericite sau dezorganizate sunt mai predispuse să aibă copii nelegitimi, să devină mame în adolescență, să aibă căsnicii nefericite și să divorțeze” (Rutter, 1979). Astfel, experiențele adverse din copilărie au efecte de cel puțin două feluri. În primul rând, ele fac ca individul să fie mai vulnerabil față de experiențe adverse ulterioare. În al doilea rând, ele determină o probabilitate mai ridicată ca individul să întâmpine și mai multe astfel de experiențe. Dacă experiențele adverse timpurii sunt probabil complet independente de capacitatea de inițiativă și acțiune<sup>14</sup> a individului avut în vedere, experiențele ulterioare sunt probabil consecințele propriilor sale acțiuni; iar aceste acțiuni sunt generate de acele perturbări de personalitate produse de experiențele timpurii.

Dintre numeroasele tipuri de perturbări psihice cărora li se pot regăsi originile, cel puțin parțial, într-un tipar sau altul de privare de îngrijire maternă, probabil cele mai grave sunt

<sup>14</sup> În text, *agency* (capacitatea de inițiativă și acțiune a individului autonom). (N.t)

76 efectele pe care acestea le au asupra comportamentului de parentaj — și, prin urmare, asupra generației următoare. Astfel, o mamă care, din cauza experiențelor defavorabile din copilărie, ajunge să aibă un atașament anxios este predispusă să ceară îngrijire de la propriul ei copil și, prin urmare, să provoace în copil sentimente de anxietate, vinovăție și poate chiar fobii (a se vedea o trecere în revistă în Bowlby, 1973,). O mamă care, în copilărie, a trăit experiența neglijării și a amenințărilor aspre și frecvente de a fi abandonată sau bătută este mai predispusă decât alte mame să-și abuzeze fizic copilul (DeLozier, 1982), ceea ce duce la efecte defavorabile asupra personalității în dezvoltare a copilului — efecte consemnate, printre alții, de George și Main (1979). Cercetarea sistematică a efectelor experiențelor din copilărie asupra modului în care mamele și tații își tratează copiii se află abia la început și se pare că reprezintă unul dintre cele mai promițătoare domenii de cercetare. Alte direcții de cercetare au fost prezentate într-un simpozion desfășurat de curând, ale cărui lucrări au fost cuprinse într-o culegere editată de Parkes și Stevenson-Hinde (1982).

Motivul pentru care în această prezentare am acordat atât de mult spațiu modului în care s-a dezvoltat teoria atașamentului nu se datorează doar faptului că a ocupat atât de mult din timpul meu, ci deoarece, așa cum a menționat Kurt Lewin cu mult timp în urmă, „Nu există nimic mai practic decât o teorie bună” și, desigur, nu există nimic mai dezavantajos decât o teorie slabă. În absența unei teorii bune care să servească drept ghid, este posibil ca cercetarea să fie dificil de organizat și să fie neproductivă, iar rezultatele să fie dificil de interpretat. Fără o teorie a psihopatologiei validă în mod rezonabil, tehnicile terapeutice tind să fie ineficiente și cu beneficii incerte. Fără o teorie a etiologiei

validă și fundamentată pe fapte reale, măsurile de prevenire sistematice și acceptate nu vor fi niciodată susținute. Speranța mea este ca, în timp, valoarea majoră a teoriei propuse să se dovedească a fi elementul revelator privind condițiile cele mai probabile să promoveze dezvoltarea sănătoasă a personalității. Numai atunci când aceste condiții vor deveni foarte clare, părinții vor ști ce este cel mai bine pentru copiii lor, iar comunitățile vor fi dispuse să-i ajute să ofere acest lucru.

77

## Psihanaliza ca artă și știință

*În vara anului 1978 am fost invitat să țin o serie de prelegeri în Canada. Între invitațiile pe care le-am primit, una venea din partea Societății Canadiene de Psihanaliză, pentru a ține cuvântul de deschidere la întrunirea anuală a societății, care urma să se desfășoare la Quebec. Subiectul pe care l-am ales este unul care m-a preocupat câțiva ani și în legătură cu care consider că încă mai există multe confuzii.*

Alegând ca temă psihanaliza ca artă și știință, doresc să atrag atenția asupra a ceea ce eu consider că reprezintă două aspecte foarte diferite ale disciplinei noastre — arta terapiei psihanalitice și știința psihologiei psihanalitice; procedând astfel, doresc să subliniez, pe de o parte, valoarea distinctă a fiecăruia dintre aceste aspecte și, pe de altă parte, abisul care le separă — atât în privința criteriilor care le pun în contrast și în baza cărora fiecare aspect ar trebui evaluat, cât și în privința perspectivei mentale diferite pe care o necesită fiecare dintre acestea. Atunci când subliniez aceste diferențe, nu pot să nu regret faptul că însuși termenul *psihanaliză* a ajuns de timpuriu să fie utilizat într-o manieră ambiguă, așa cum Freud însuși a menționat. Freud scrie în

autobiografia sa (1925): „Inițial, el desemna o anumită metodă terapeutică, dar acum a devenit și numele unei științe, cea despre procesele psihice inconștiente” (pg. 198).

Desigur, diferența pe care o fac nu se limitează la psihanaliză. Ea se aplică în fiecare domeniu în care practicarea unei profesii sau a unui meșteșug dă naștere unui corpus de cunoștințe științifice (fierarul — metalurgiei, agronomul — mecanicii agricole, fermierul — fiziologiei plantelor, iar medicul — științelor medicale). În fiecare dintre aceste domenii rolurile se diferențiază. Pe de o parte, există practicienii, iar pe de altă parte, oamenii de știință și există un număr limitat de indivizi care încearcă să îmbine cele două roluri. Așa cum demonstrează istoria, acest proces de diferențiere se dovedește adesea dureros, iar erorile de înțelegere sunt frecvente. Din moment ce consider că este inevitabil ca diferențele să apară și în domeniul nostru, lucru care a ajuns deja foarte departe, haideți să analizăm unele dintre dificultățile și neînțelegerile apărute în speranța de a le evita sau de a atenua consecințele lor.

Voi începe prin a pune în contrast rolul de practician cu cel de cercetător științific și voi face acest lucru în cadrul a trei secțiuni, folosind cazul medicinei ca exemplu.

### Obiectul de studiu

Scopul practicianului este de a lua în calcul cât mai multe aspecte cu puțință ale fiecărei probleme clinice cu care este solicitat să se confrunte. Acest lucru necesită ca el nu doar să aplice orice principiu științific care pare relevant, ci și să facă uz de experiența personală cu acea condiție pe care a putut-o dobândi cu privire la situația respectivă și, în special, să se

80 concentreze asupra acelei combinații unice de caracteristici întâlnite la fiecare pacient. Știind cât de mult diferă pacienții, clinicianul experimentat recunoaște că o formă de tratament care i se potrivește unui pacient poate să fie total inadecvată pentru un altul. A lua toți factorii în considerare și a acorda fiecăruia importanța cuvenită sunt aspectele care definesc arta evaluării clinice.

Perspectiva cercetătorului științific este destul de diferită. În efortul său de a distinge tiparele generale care stau la baza diversității individuale, el ignoră particularul și se străduiește să simplifice, riscând astfel să ajungă la simplificare excesivă. Dacă este chibzuit, probabil va încerca să își concentreze atenția asupra unui aspect limitat al unei probleme limitate. Dacă în cadrul acestei selecții pe care o face se dovedește abil sau pur și simplu norocos, el poate nu doar să elucideze problema aleasă, ci și să dezvolte idei aplicabile unei varietăți mai mari de probleme. Dacă selecția pe care o face se dovedește a fi nechibzuită sau nefericită, el va ajunge pur și simplu la final știind din ce în ce mai mult despre din ce în ce mai puțin. Acesta este riscul pe care fiecare cercetător îl cunoaște. Artă cercetării constă în alegerea unei probleme limitate și gestionabile și a metodelor care vor ajuta cel mai mult la rezolvarea ei. Acest aspect mă aduce la cea de-a doua idee pe care doresc să o prezint.

### Moduri de obținere a informațiilor

În cadrul metodelor care îi sunt disponibile în vederea obținerii de informații, practicianul are, evident, mari avantaje în comparație cu cercetătorul științific, dar totodată, are și mari dezavantaje. Să începem cu avantajele.

Datorită rolului său de a oferi ajutor, practicianului i se permite accesul la informații de o anumită natură, care rămân inaccesibile omului de știință: așa cum îi place unuia dintre prietenii mei să spună, numai chirurgilor li se permite să te taie pentru a vedea ce este înăuntru. În mod analog, doar pentru că tratează un pacient într-un mod terapeutic i se oferă accesul unui psihanalist la mare parte dintre aspectele importante care se petrec în mintea unei persoane. Mai mult, în ambele profesii, practicienilor li se permite să intervină în moduri specifice și au privilegiul de a observa care sunt consecințele acestor intervenții. Acestea sunt avantaje enorme, iar psihanalistii nu au întârziat să le exploateze.

Cu toate acestea, nicio știință nu se poate dezvolta pentru mult timp fără să apeleze la noi metode de a revizui observațiile făcute și ipotezele generate de metode mai vechi. Aici, este posibil ca cercetătorul științific să fie în avantaj. În științele medicale, specialiștii în fiziologie și patologie au realizat progrese enorme prin metode precum experimentul pe animale, cultura tisulară, analizele biochimice și alte o mie de tehnici ingenioase. Într-adevăr, aceasta este o calitate specifică omului de știință creativ: faptul că inventează noi mijloace prin care fenomenele, probabil deja bine studiate prin intermediul altor metode, pot fi observate într-o anumită manieră inedită.

Cred că acesta este aspectul sub care utilizarea ambiguă a cuvântului psihanaliză a adus cele mai mari prejudicii. Acest lucru s-a întâmplat deoarece i-a determinat pe unii analiști să presupună că singura metodă de investigare adecvată pentru progresul științei psihanalitice este aceea de a trata un pacient într-o manieră psihanalitică. Din moment ce eu cred că aceasta este o mare eroare de înțelegere, voi aborda mai în detaliu acest aspect.

Însă înainte de a proceda astfel, doresc să spun câteva cuvinte despre rolul scepticismului și al credinței în lumile omului de știință și practicianului.

## Scepticism și credință

În activitatea lui cotidiană, este necesar ca un om de știință să exercite un grad ridicat de critică și autocritică: iar în lumea în care trăiește, nici datele și nici teoriile unui conducător, oricât de admirat ar fi el din punct de vedere personal, nu sunt scutite de provocare și critică. Nu este loc pentru autoritate.

Acest lucru nu este valabil și în ceea ce privește practicarea unei profesii. Dacă dorește să fie eficient, un practician trebuie să fie pregătit să acționeze ca și când anumite principii și anumite teorii ar fi valide; și în actul de decizie referitor la adoptarea unora dintre ele este probabil ca el să fie îndrumat de persoanele cu experiență de la care învață. În plus, din moment ce există o tendință în fiecare dintre noi de a fi impresionați ori de câte ori aplicarea unei teorii se dovedește reușită, practicienii sunt supuși unui risc special de a acorda unei teorii o încredere mai mare decât ar putea să justifice dovezile disponibile.

Din perspectiva practicii clinice, acesta nu este un lucru rău. Dimpotrivă, există din plin dovezi care susțin faptul că marea majoritate a pacienților sunt ajutați de credința și speranța pe care un practician le aduce în activitatea lui; deoarece adesea tocmai lipsa acestor atribute face ca atât de mulți cercetători excepționali să fie, din nefericire, nepotriviți pentru a fi terapeuți.

Cu toate acestea, deși credința deplină în validitatea *anumitor* informații și în *anumite* teorii nu-și găsește locul în cazul unui om de știință, nu doresc să sugerez că el nu este altceva decât un

sceptic. Din contră, întregul său mod de viață se fundamentează pe credință, credința că pe acest drum lung cea mai bună cale înspre cunoștințele sigure este reprezentată de aplicarea metodei științifice.

Îmi dau seama, desigur, că există mulți psihanalisti care nu împărtășesc această credință și care consideră că tipurile de probleme cu care ne confruntăm se află în afara domeniului științei. Aceasta este o perspectivă pe care o respect, cu toate că nu o împărtășesc: bineînțeles, nici Freud nu a împărtășit-o. Și totuși, chiar și aceia dintre noi care sunt cei mai entuziaști în ceea ce privește aplicarea metodei științifice în domeniul nostru trebuie să recunoască faptul că ar putea la fel de bine să existe probleme pe care aplicarea metodei științifice să nu le soluționeze niciodată. Pur și simplu nu știm. Sarcina noastră, așa cum o văd eu, este de a ne aplica metoda într-o manieră cât mai competentă cu putință, având încrederea, pe de o parte, că aria cunoștințelor valide va fi astfel extinsă și, pe de altă parte, acceptând faptul că există posibilitatea ca unele zone mari să rămână în continuare dincolo de posibilitățile oricărei modalități de investigare științifică existentă.

Mă tem că pentru unii dintre dumneavoastră, implicați în practica terapeutică dar, în același timp, sperând să contribuiți la progresul științei psihanalitice, contrastul pe care îl creez între rolul practicianului și cel al omului de știință va fi cu greu unul bine-venit. Cu toate acestea, consider că numai prin recunoașterea acestor diferențe și acționând în consecință, punctele tari ale fiecăruia dintre aceste roluri pot fi utilizate cu beneficiu maxim — cu alte cuvinte, că orice persoană le poate prelua pe amândouă având speranța succesului. Ca practicieni, ne confruntăm cu complexitatea; ca oameni de știință, ne străduim

84 să simplificăm. Ca practicieni, folosim teoria în calitate de ghid; ca oameni de știință, punem sub semnul îndoielii aceeași teorie. Ca practicieni, acceptăm modalități restrânse de investiga-re; ca oameni de știință, utilizăm fiecare metodă pe care o pu-tem aplica.

Mai devreme am menționat necesitatea ca fiecare știință afla-tă în curs de dezvoltare să creeze noi metode de obținere a da-telor. Motivul acestei necesități este acela că, oricât de eficientă ar putea să fie o metodă, în mod inevitabil ea va avea propriile sale limitări, din moment ce există probabilitatea ca o altă meto-dă să compenseze aceste limitări. Prin urmare, noua metodă ar putea să nu fie în niciun fel superioară celei vechi; într-adevăr, ar putea să aibă mari limitări. Utilitatea sa constă în simplul fapt că punctele sale tari și limitările pe care le are sunt diferite. Pro-babil voi putea să ilustrez această idee făcând referire la propria mea activitate.

În 1937, când m-am specializat în psihanaliză, membrii Socie-tății Britanice erau preocupați de explorarea lumilor fantasmati-ce ale adulților și copiilor, iar ideea de a acorda o atenție siste-matică experiențelor reale ale unei persoane era privită ca aflându-se aproape în afara intereselor adecvate pentru un ana-list. Era un moment în care faimoasa schimbare radicală de per-spectivă din 1897 a lui Freud cu privire la etiologia isteriei<sup>15</sup> a generat opinia că oricine pune accentul asupra *experiențelor rea-le* ale unui copil, experiențe care ar fi putut să existe și care pro-babil încă există, era considerat a fi regretabil de naiv. Aproape prin definiție se presupunea că oricine era preocupat de lumea

<sup>15</sup> Efron (1977) a abordat subiectul referitor la contextul în care s-a produs modificarea bruscă a opiniei lui Freud.

externă nu putea fi interesat de lumea internă și că în mod sigur fugea de aceasta.

Pentru mine, ca biolog, această opoziție dintre interior și ex-terior, dintre organism și mediu, nu a fost niciodată atractivă. Mai mult, în calitate de psihiatru implicat în activitatea cu copiii și familiile, și fiind profund influențat de modul de gândire a doi asistenți sociali de orientare psihanalitică, m-am confruntat zil-nic cu impactul pe care problemele emoționale de care suferă pă-rinții îl au asupra copiilor. Iată două exemple pe care mi le amin-tesc foarte clar. Unul se referă la un tată care era foarte îngrijorat în legătură cu actele de masturbare ale fiului său în vârstă de opt ani; ca răspuns la întrebările mele, tatăl a relatat modul în care, ori de câte ori îl surprindea pe copil cu mâinile în zona organe-lor genitale, îl pune sub un duș rece. Acest aspect m-a determi-nat să-l întreb pe tată dacă și el și-a făcut vreodată griji în privin-ța masturbării, iar el a început să relateze o poveste lungă și patetică despre modul în care se luptase cu această problemă toa-tă viața. Într-un alt caz, modul punitiv al unei mame de a trata gelozia copilului ei de trei ani față de noul bebeluș a fost identi-ficat rapid ca fiind rezultatul propriei ei probleme legate de ge-lozia pe care a avut-o față de un frate mai mic.

Observații ca acestea m-au determinat să presupun că, pen-tru analiști, a studia modul în care un copil este tratat în mod real de către părinții lui este la fel de important ca și studiul re-prezentărilor interne ale părinților pe care copilul le are; prin ur-mare, fără îndoială, obiectul principal al studiilor noastre ar tre-bui să-l reprezinte interacțiunea unuia cu celălalt, a interiorului cu exteriorul. Fiind de părere că acest lucru ar fi posibil doar dacă am avea mult mai multe cunoștințe sistematice cu privire la efectele pe care le au asupra unui copil experiențele din perioada

primilor lui ani în cadrul familiei, mi-am concentrat atenția asupra acestei arii. Există mai multe motive pentru care am ales ca domeniu special de studiu mutarea unui copil mic din căminul lui într-o creșă sau într-un spital, și nu domeniul mai general al interacțiunii părinte-copil. În primul rând, acesta este un eveniment despre care am considerat că ar putea să aibă efecte negative grave asupra dezvoltării personalității unui copil. În al doilea rând, nu se putea pune la îndoială producerea acestui eveniment, în această privință contrastând evident cu dificultatea dobândirii informațiilor valide legate de modul în care un părinte își tratează copilul. În al treilea rând, părea a fi un domeniu în care măsurile de prevenire erau posibile. Și poate că ar trebui să adaug că, în al patrulea rând, am fost motivat de lipsa extraordinară de încredere cu care au fost întâmpinate opiniile mele de către o parte dintre colegii mei (deși în niciun caz de toți), atunci când am prezentat pentru prima dată aceste opinii, chiar înainte de război.

Rezultatele studiilor noastre ulterioare, conduse de doi cercetători care ulterior s-au specializat în psihanaliză, James Robertson și Christoph Heinicke, sunt acum bine cunoscute; și cred că ele au avut un efect semnificativ asupra gândirii psihanalitice. Totuși, aspectele pe care doresc să le abordez acum se referă la strategia de cercetare. În pofida activității de pionierat întreprinse de analiști distinși precum Anna Freud, René Spitz, Ernst Kris, Margaret Mahler și alții, pentru mult timp a existat o tendință în cercurile analitice de a considera observarea directă a copiilor mici și înregistrarea lucrurilor pe care ei le spun ca fiind nimic mai mult decât o metodă auxiliară de cercetare, ale cărei rezultate prezintă interes atunci când confirmă concluziile la care s-a ajuns deja prin intermediul metodei tradiționale de tratare a

pacienților, dar care nu au potențialul de a contribui cu ceva original. Ideea că observarea directă a copiilor — în cadrul și în afara contextului familial — nu este doar o metodă valoroasă pentru progresul științei psihanalitice, dar este și indispensabilă pentru acesta, a fost greu acceptată.

Contribuțiile principale aduse de aceste studii directe sunt, cred, de a pune în lumină modul în care copiii se dezvoltă din punct de vedere emoțional și social, în ce fel intervalul de variație are legătură cu un număr foarte mare de parametri relevanți și ce tipuri de experiență familială tind să influențeze copiii să se dezvolte într-un anumit mod, și nu în altul. Permiteți-mi să ofer câteva exemple de descoperiri făcute de colegi care activează în domenii științifice înrudite — etologia și psihologia dezvoltării — descoperiri despre care consider că sunt extrem de relevante pentru înțelegerea clinică.

Primul exemplu derivă din activitatea lui Mary Salter Ainsworth (1977), inițial în cadrul Universității Johns Hopkins, iar acum la Universitatea din Virginia. Formată inițial ca psiholog clinician, Mary Ainsworth a lucrat alături de noi la Tavistock, la începutul anilor '50, iar ulterior a petrecut câțiva ani în Uganda, pentru a întreprinde un studiu asupra mamelor și bebelușilor. Studiul ei excepțional a avut ca obiect interacțiunea mamă-copil pe parcursul primului an de viață în căminele persoanelor albe de clasă medie din Baltimore, Maryland. Ainsworth a urmat o analiză personală și este profund interesată de tipurile de probleme pe care psihanalistii le consideră a fi importante.

Pe parcursul studiului asupra mamelor și bebelușilor din Uganda, Ainsworth a fost impresionată de modul în care copiii foarte mici, odată ce încep să se deplaseze, folosesc în mod obișnuit mama ca o bază de la care pornesc să exploreze. Atunci când

88 condițiile sunt prielnice, un copil se deplasează de lângă mamă pentru a efectua o serie de incursiuni exploratorii, și se reîntoarce la ea din când în când. La vârsta de opt luni, aproape fiecare copil observat care avea o figură maternă stabilă de care să se atașeze manifesta acest comportament; însă, dacă mama era absentă, astfel de incursiuni organizate deveneau mai puțin evidente sau încetau. Ca rezultat al acestor descoperiri și al altora similare, s-a dezvoltat ideea că, atât în cazul bebelușilor, cât și al puilor de maimuță, o mamă obișnuit de delicată oferă copilului o bază de siguranță de la care el să poată explora și la care să se poată întoarce atunci când este neliniștit sau speriat. Desigur, observații similare au fost făcute de Margaret Mahler (Mahler, Pine și Bergman, 1975), deși ea le interpretează în termenii unui cadru teoretic diferit de cel pe care Ainsworth și cu mine îl folosim. Acest concept al bazei personale de siguranță, de la care un copil, un adolescent sau un adult pleacă pentru a explora și la care se întoarce din când în când, este unul pe care am ajuns să-l privesc ca fiind crucial pentru o înțelegere a modului în care persoana stabilă din punct de vedere emoțional se dezvoltă și funcționează *pe parcursul întregii sale vieți*.

În cadrul proiectului său din Baltimore, Ainsworth a putut nu doar să studieze acest tip de comportament mai îndeaproape, ci să și descrie numeroase variații individuale ale acestuia, observabile într-un eșantion de 23 de copii cu vârsta de douăsprezece luni. Activitățile de observare au avut ca obiect comportamentul de explorare și de atașament al copiilor, precum și echilibrul dintre ele, atât în contextul în care copiii erau acasă, împreună cu mama, cât și atunci când erau puși într-o situație-test oarecum străină. Suplimentar, dobândind informații privind tipul de îngrijire maternă pe care fiecare bebeluș l-a primit pe parcursul

89 primului său an de viață (prin intermediul ședințelor îndelungate de observare, cu o frecvență de trei ședințe pe săptămână, în căminul copilului), Ainsworth s-a aflat în poziția de a avansa ipoteze care fac legătura între anumite tipuri de dezvoltare emoțională și comportamentală la vârsta de douăsprezece luni și anumite tipuri de experiențe anterioare ale maternajului.

Rezultatele studiului (a se vedea analiza realizată de Ainsworth, 1977) arată că modul în care un anumit copil de douăsprezece luni se comportă acasă, împreună cu mama sa și în absența ei, și modul în care se comportă într-o situație-test oarecum străină, împreună cu mama sa și în absența ei, au multe în comun. Având la bază observațiile asupra comportamentului în ambele tipuri de situație, copiii pot fi clasificați în trei grupe principale, utilizând două criterii — a) cât de mult sau cât de puțin explorează ei atunci când sunt cu mama sau fără ea și b) cum o tratează pe mamă — atunci când ea este prezentă, când pleacă și, în special, atunci când ea se întoarce.

Au existat opt copii al căror comportament general la împlinirea vârstei de un an a determinat-o pe Ainsworth să-l considere ca fiind promițător pentru viitorul lor. Acești copii explorau în mod activ, în special în prezența mamei, și se foloseau de mamă ca bază urmărindu-i deplasările în spațiu, schimbând priviri și, din când în când, se întorceau la ea pentru a împărtăși un contact plăcut reciproc. Dacă mama lipsea pentru scurt timp, ea era întâmpinată cu căldură la întoarcere. Pe acești copii îi voi include în grupul pe care îl numesc X.

Au existat nu mai puțin de unsprezece copii al căror comportament general a dat motive de îngrijorare, grup pe care îl voi numi Z. Trei dintre ei erau pasivi, atât acasă, cât și în situația test; explorau puțin și, în loc de aceasta, își sugeau degetul sau se



legănau. Prezintă o stare de anxietate constantă legată de deplasările în spațiu ale mamei, plângeau mult în absența ei, însă i se opuneau și erau dificili atunci când ea se întorcea. Ceilalți opt copii din acest grup oscilau între a părea foarte independenți și a ignora complet mama, și a deveni brusc anxioși și a încerca să o găsească. Cu toate acestea, când reușeau să o găsească, păreau să nu se bucure de contactul cu ea și adesea se străduiau să se îndepărteze din nou. De fapt, ei prezentau tabloul clasic al ambivalenței.

S-a considerat că ceilalți patru copii din cei 23 care au participat la acest studiu se aflau pe o poziție intermediară, între cei cărora li se oferise o prognoză bună la împlinirea vârstei de un an și cei cărora li se oferise o prognoză îndoielnică. Voi numi acest grup Y.

Deoarece în viața acestor bebeluși, o dată la trei săptămâni cercetătorii și-au petrecut trei ore în căminul bebelușului, observând și înregistrând comportamentul mamei și al copilului, ei au avut la dispoziție date directe în baza cărora să evalueze comportamentul mamei și copilului. În evaluările făcute, Ainsworth a utilizat patru scale diferite de evaluare, cu nouă puncte; însă, din moment ce aceste scale au un coeficient de corelație ridicat, pentru scopurile din acest moment este suficientă o singură scală — o scală care măsoară gradul de sensibilitate sau de insensibilitate pe care o mamă o manifestă față de semnalele și comunicările bebelușului. În timp ce o mamă sensibilă pare să fie „acordată” constant pentru a recepționa semnalele bebelușului ei, pare să le interpreteze corect și să răspundă la aceste semnale într-un mod prompt și adecvat, o mamă insensibilă adesea nu va observa semnalele bebelușului ei, le va interpreta în mod eronat atunci când le observă și, prin urmare, ea va răspunde cu

întârziere, inadecvat sau nu va răspunde deloc. Atunci când sunt analizate evaluările de pe aceste scale în ceea ce îi privește pe copiii și mamele din fiecare dintre cele trei grupuri, descoperim că mamele celor opt copii din grupul X înregistrează, în majoritate, un punctaj ridicat (între 5,5 și 9,0); mamele celor unsprezece copii din grupul Z înregistrează, în majoritate, un punctaj scăzut (între 1,0 și 3,5); iar celelalte mame, din grupul Y, înregistrează punctaje medii (de la 4,5 la 5,5). Din punct de vedere statistic, diferențele sunt semnificative.

Evident, este necesară o activitate de cercetare suplimentară înainte de a fi posibil să tragem concluzii care să prezinte un grad ridicat de încredere. Cu toate acestea, tiparele generale privind dezvoltarea personalității și interacțiunea mamă-copil observabile la vârsta de 12 luni sunt suficient de asemănătoare cu ceea ce se poate observa în dezvoltarea personalității și interacțiunea părinte-copil la vârste mai mari, astfel încât putem ajunge la concluzia că una o precede pe cealaltă. Cel puțin, descoperirile lui Ainsworth arată că un copil a cărui mamă este sensibilă, accesibilă și responsivă față de el, care îi acceptă comportamentul și este cooperantă atunci când îl îngrijește este departe de a fi acel copil solicitant și nefericit pe care l-ar putea indica anumite teorii. Îngrijirea maternă de acest tip se potrivește în mod clar unui copil care dezvoltă, până la împlinirea vârstei de un an, un anumit grad de încredere în sine, îmbinat cu un grad înalt de încredere în mama lui și de plăcere în compania ei.

La polul opus, mamele care sunt insensibile la semnalele copiilor lor, probabil din cauză că sunt preocupate sau îngrijorate de alte lucruri, cele care își ignoră copiii sau care intervin într-un mod arbitrar în activitățile copiilor sau cele care, pur și simplu, îi resping, vor avea probabil copii care vor fi nefericiți, anxioși

sau dificili. Oricine a lucrat într-o clinică cu copii sau adolescenți care prezentau tulburări nu va fi surprins de acest lucru.

Cu toate că descoperirile lui Ainsworth referitoare la o corelație între responsivitatea mamei față de bebelușul ei și modul bebelușului de a se comporta față de ea la vârsta de 12 luni sunt înalt semnificative din punct de vedere statistic și au fost confirmate de studii ulterioare, este întotdeauna posibil să se afirme că partenerul care joacă un rol mai important în a determina dacă o interacțiune se dezvoltă într-un mod fericit sau nu este bebelușul, și nu mama. Unii bebeluși se nasc dificili, se susține, și sunt de așteptat reacțiile adverse ale mamei față de ei.

Nu cred că există dovezi care să susțină acest punct de vedere. De exemplu, observațiile făcute pe parcursul primelor trei luni de viață ale acestor copii nu au arătat nicio corelație între perioada de timp pe care un copil o petrecea plângând și modul în care îl trata mama lui; însă la finalul primului an, mamele care au răspuns prompt față de bebelușii lor care plângeau au avut copii care plângeau mai puțin decât cei ai mamelor care i-au lăsat să plângă.

Mai există descoperiri, unele dintre ele fiind menționate în Prelegerea 6, care, de asemenea, susțin opinia că, în toate cazurile (cu excepția unei mici părți) mama este cea care este în principal responsabilă de modul în care se dezvoltă interacțiunea.

Bazându-se pe propriile ei observații, Ainsworth a oferit o prezentare explicită a ceea ce se poate întâmpla. De exemplu, ea relatează modul în care stătea cu anumite familii și auzea un bebeluș plângând încontinuu, și a numărat minutele care treceau până când mama răspundea. În unele cazuri, mama stătea atât cât putea să suporte, crezând că este rău pentru copil și îl va face să plângă mai mult dacă va fi în prezența lui — o opinie pe care

descoperirile lui Ainsworth o invalidează cu tărie. În alte cazuri, se poate ca mama să fie prea implicată în alte treburi, pentru a putea să meargă la copilul ei. Iar în alte cazuri părea că este ca și cum mama nu a reușit deloc să observe că bebelușul ei plângea — o situație pe care un observator o găsește a fi extrem de dureroasă pentru a putea fi suportată. De obicei, acestea sunt femei care suferă de anxietate și depresie și care sunt, cu adevărat, incapabile să mai observe și altceva.

Va fi acum limpede pentru oricine că observațiile detaliate și exacte de acest fel, care demonstrează cât de mult pot să difere experiențele de la un bebeluș la altul, pot fi obținute numai prin metodele utilizate de acești cercetători. Dacă observatorii nu ar fi fost prezenți să vadă și să audă ceea ce se întâmpla, și dacă s-ar fi bazat numai pe spusele mamelor, tabloul pe care l-ar fi obținut ar fi fost complet fals în multe cazuri și ar fi dispărut toată speranța de a descoperi corelații semnificative între modul în care un copil se dezvoltă și modul în care este tratat de mama și de tatăl lui. Totuși, așa cum am văzut, atunci când sunt folosite metode de observare fidele, chiar și cu eșantioane destul de mici, se descoperă corelații înalt semnificative statistic.

Cu toate acestea, subliniind rolul decisiv pe care o mamă îl joacă în stabilirea tiparului de interacțiune cu bebelușul ei (rol care este indicat clar de dovezi), nu doresc să aduc acuzații. A avea grijă de un bebeluș, de un copil mic sau mai mare reprezintă o activitate care nu numai că necesită anumite aptitudini, dar este totodată o muncă foarte grea și solicitantă. Chiar și pentru o femeie care a avut o copilărie fericită, care acum se bucură de ajutorul și susținerea soțului ei și poate chiar a mamei ei și care nu a primit prea multe sfaturi eronate privind pericolul de a-și răsfăța bebelușul, această muncă este una dificilă. Nu este de

mirare faptul că o femeie care nu are niciunul dintre aceste avantaje ajunge într-o situație emoțională dificilă și, cu siguranță, acesta nu este un motiv de a blama. Cu toate acestea, acum se pare că există puține îndoieli cu privire la faptul că atunci când bebelușii și copiii mici supuși unei îngrijiri materne lipsite de sensibilitate, îmbinată probabil cu situații de respingere categorică, iar ulterior sunt supuși separării sau amenințărilor cu separarea, efectele sunt teribile. Astfel de experiențe sporesc enorm frica unui copil de a-și pierde mama, îi sporesc solicitările de a fi în prezența ei și, de asemenea, furia în absența ei și pot, de asemenea, duce la lipsa de speranță că ar putea avea vreodată o relație sigură și plină de iubire cu vreo persoană.

Cu toate că ideile de acest fel sunt astăzi mult mai cunoscute și, de asemenea, mai acceptate în cercurile analitice decât au fost în urmă cu o generație mulțumită influenței lui Balint, Fairbairn, Winnicott și a multor alora, tind să cred că implicațiile acestor idei, atât pentru teorie cât și pentru practică, mai au mult până când să fie asimilate.

Permiteți-mi să ilustrez această idee abordând problemele etiologice și terapeutice prezentate de tipul de pacient care, în Marea Britanie, poate să fie descris ca personalitate schizoidă (Fairbairn, 1940), sau ca având un Sine fals (Winnicott, 1960), iar în Statele Unite ca fiind o personalitate borderline sau cu o patologie narcisică (a se vedea, de exemplu, Kohut, 1971; Kernberg, 1975).

Imaginea pe care o astfel de persoană o prezintă este una de independență asertivă și de autosuficiență emoțională. Sub nici-o formă nu se va simți recunoscătoare față de cineva, iar în măsura în care chiar intră în relații, se asigură că deține controlul. În cea mai mare parte a timpului pare să se descurce foarte bine,

însă pot să existe momente în care devine deprimată sau dezvoltă simptome psihosomatice, adesea din motive pe care nu le cunoaște. Numai în cazul în care simptomele sau o criză depresivă se agravează, există posibilitatea ca ea să caute tratament, iar în acel moment este mai mult ca sigur că va prefera medicamentele în locul analiștilor.

Atunci când o astfel de persoană chiar ajunge în analiză are grijă să țină analistul la distanță și să controleze ceea ce se întâmplă. Discursul ei este caracterizat de luciditate, însă evită orice referire la afect, cu excepția momentelor în care ar putea spune cât de mult se plictisește. Privește vacanțele sau alte întreruperi ca economisindu-i timpul. Probabil că privește analiza ca fiind un „exercițiu interesant”, chiar dacă nu este convinsă că îi este de vreun folos. Și, în orice caz, probabil că ar face o treabă mai bună dacă s-ar analiza singură!

Există, desigur, o literatură amplă care abordează aceste stări psihopatologice și problemele terapeutice pe care acestea le prezintă; însă, chiar dacă există un consens în privința mai multor aspecte, nu există niciun consens în privința etiologiei. Să luăm în considerare două puncte de vedere opuse: în timp ce Winnicott (1960, 1974) consideră că această stare se datorează direct eșecului timpuriu al mediului, în forma „îngrijirii materne insuficient de bune”, Kernberg (1975), în cadrul abordărilor lui sistematice dedică nu mai mult de două paragrafe — ușor de trecut cu vederea — rolului posibil pe care îngrijirea maternă îl joacă în influențarea dezvoltării și face doar câteva referiri scurte la maternajul inadecvat de care au avut parte anumiți pacienți ai lui. Kernberg nu examinează în mod serios faptul că experiențele timpurii ar putea să reprezinte cauza principală a acestor stări.

Desigur că este foarte important ca pe parcurs să ajungem la un consens privind această chestiune; și în dezbaterile acestor teme cred că ar fi necugetat să nu luăm în considerare date provenind din cât de multe surse posibile. În cazul anumitor tulburări, studiile epidemiologice se dovedesc acum a fi instructive, însă mă îndoiesc că aceste studii ar putea să ne spună în acest moment ceva despre stările mai sus menționate. Prin urmare, în momentul actual, trebuie să ne descurcăm cu date care provin din cele două surse cunoscute: (a) tratamentul psihanalitic al pacienților, (b) observarea directă a copiilor mici cu mamele lor.

În ceea ce privește datele obținute pe parcursul tratamentului, cred că ar fi avantajos ca unele persoane cu vederi mai largi să studieze literatura psihanalitică și să strângă laolaltă toate prezentările de caz care prezintă informații legate de experiențele din copilărie ale acestor pacienți. Bănuiala mea este aceea că, în măsura în care sunt oferite orice fel de informații, ele vor susține perspectiva lui Winnicott că acești pacienți au avut copilării perturbate, în cadrul cărora îngrijirea neadecvată, într-o formă sau alta — și poate lua multe forme — are o importanță considerabilă. Din moment ce eu nu am întreprins un astfel de studiu, nu pot să fac mai mult decât să prezint tipul de descoperiri pe care m-aș fi așteptat să le găsesc. Detaliile care urmează provin din prezentări de caz publicate de trei analiști, fiecare dintre ei fiind foarte influențați de perspectiva lui Winnicott.

Una dintre relatări este oferită de soția lui Donald Winnicott, Clare Winnicott (1980). Pacienta, o femeie în vârstă de 41 de ani, angajată, prezenta tabloul clasic al personalității autosuficiente din punct de vedere emoțional și dezvoltase de curând o varie-

tate de simptome psihosomatice. Numai după mult timp de la începerea analizei, ea a început să dezvăluie evenimente din copilărie. Deoarece mama ei lucra cu normă întreagă, cea care avea grijă de ea era o fată de origine germană, care a plecat brusc atunci când pacienta avea doi ani și jumătate. Ulterior, după o perioadă de șase luni de incertitudine, mama ei a luat-o cu ea la un ceai cu o prietenă, iar mai târziu pacienta a descoperit că mama ei a dispărut și că era singură, într-un pat străin. În următoarea zi, ea a fost luată la un internat, unde prietena mamei ei lucra ca asistentă-șefă, și a stat acolo până la vârsta de 9 ani, petrecându-și de obicei vacanțele tot acolo. Se pare că s-a acomodat bine (ce cuvinte rău-prevestitoare!) și s-a descurcat excelent; însă din acel moment, viața ei emoțională secase.

Un al doilea studiu de caz este cel prezentat de Jonathan Peder (1976): o tânără profesoară care avea în jur de 25 de ani, ale cărei personalitate și simptomatologie seamănă mult cu cele ale pacientei lui Clare Winnicott. Cu toate că în cadrul interviului preliminar pacienta a prezentat o imagine idealizată a copilăriei ei, a ieșit curând la iveală faptul că la vârsta de 18 luni a fost trimisă să stea cu o mătușă, în perioada în care mama ei era din nou însărcinată. După șase luni petrecute acolo, ajunsese să simtă că mătușa ei îi era mai mamă decât mama ei reală, iar întoarcerea acasă a însemnat pentru ea o experiență dureroasă. Ulterior, până la vârsta de 10 ani, a fost îngrozită de ideea unei alte separări; însă apoi, așa cum relatea ea, și-a „închis” anxietatea, „ca pe un robinet”; și odată cu anxietatea a dispărut și cea mai mare parte din viața ei emoțională.

Cea de-a treia prezentare, făcută de Elizabeth Lind (1973), se referă la un tânăr absolvent în vârstă de 23 de ani care, cu toate că suferea de depresie severă și avea idei suicidare, susținea că

starea lui mentală era mai mult „o filosofie de viață” decât o boală. Era cel mai mare dintre copiii unei familii numeroase; și până când a împlinit vârsta de 3 ani, avea deja doi frați. Relata că părinții lui aveau dispute frecvente, însoțite de violență. În tinerețe, tatăl a lucrat mult timp departe de casă, instruindu-se într-o profesie. Mama era întotdeauna imprezvizibilă. Adesea ea era atât de stresată din cauza copiilor care se certau, încât se încuia în cameră zile în șir. De câteva ori mama a plecat de acasă, luându-și fiicele cu ea, însă părăsindu-și fiii.

Pacientului i se spusese că fusese un bebeluș nefericit, care mânca și dormea puțin, care adesea era lăsat să plângă pentru perioade lungi de timp. S-a spus că plânsul lui era doar o încercare de a dobândi controlul asupra părinților lui și de a fi răsfățat. Odată a avut apendicită și își amintește cum a stat treaz toată noaptea gemând; însă părinții lui nu au făcut nimic, iar în dimineața următoare el era foarte bolnav. Mai târziu, în timpul terapiei, și-a amintit cât de tulburat era când își auzea frații și surorile mai mici lăsați să plângă și cât își ura părinții pentru acest lucru și cum îi venea să-i omoare.

Se simțise întotdeauna ca un copil pierdut și se frământa să înțeleagă de ce fusese respins. Spunea că prima lui zi de școală fusese cea mai rea zi din viața lui. Părusse o respingere definitivă din partea mamei lui; toată ziua se simțise disperat și nu a încetat deloc să plângă. După aceea, a ajuns treptat să ascundă toate dorințele lui de iubire și susținere: refuzase să ceară ajutorul sau să fie ajutat.

Acum, în timpul terapiei, îi era teamă că ar putea să-și piardă controlul și că va plânge și că va dori să fie alinat. Era convins că acest lucru o va determina pe terapeută să-l considere o pacoste și că va privi comportamentul lui ca pe o încercare de a

atrage atenția; și, dacă îi va spune ceva personal terapeutei, era ferm convins că ea se va simți ofensată și probabil se va închide în cameră.

În toate cele trei cazuri căderea nervoasă recentă a celor trei pacienți prezentați se datorase unei despărțiri: terminarea unei relații importante însă fragile, față de care fiecare partener din cuplu avusese rezerve și la finalul căreia pacienții înșiși contribuiseră într-un mod evident.

În tratamentul acestor pacienți toți cei trei analiști au adoptat tehnica lui Winnicott, și anume de a permite exprimarea liberă a ceea ce este denumit în mod tradițional „sentimente de dependență”, având ca rezultat faptul că fiecare dintre acești pacienți au dezvoltat, în cele din urmă, un atașament intens și caracterizat de anxietate față de analist (ca să folosesc terminologia pe care o prefer (Bowlby, 1969, 1973)). Acest lucru i-a oferit fiecărui pacient posibilitatea să-și redobândească viața emoțională pe care o pierduse în perioada copilăriei și, odată cu ea, să redobândească un sentiment de „sine real”. Din punct de vedere terapeutic, rezultatele au fost bune.

Trebuie să recunoaștem faptul că ceea ce reiese din aceste trei cazuri nu dovedește nimic. Cu toate acestea, ele sunt sugestive și, atât cât sunt, susțin teoria lui Winnicott referitoare la etiologie. Chiar și așa, acestea i se pot aduce în continuare critici care pun la îndoială veridicitatea amintirilor din copilărie relatate de un pacient, și se ridică întrebarea dacă succesiunea evenimentelor relatate au avut acel efect asupra vieții emoționale a pacientului pe care el îl pretinde. (Trebuie să menționăm faptul că evenimentele despre care fiecare dintre acești pacienți susțin că au reprezentat momente decisive în viețile lor au survenit după ce ei au împlinit vârsta de doi ani.)

Acum pare limpede faptul că acele controverse legate de etiologie nu se vor rezolva niciodată atâta timp cât au la bază doar dovezi retrospective și, probabil, subiective, care derivă din analizele pacienților, indiferent dacă sunt adulți sau copii. Sunt necesare dovezi de un tip *diferit* pentru a ne oferi posibilitatea unei verificări suplimentare, obținute prin alte metode. Din acest motiv consider că observarea directă a copiilor mici și a mamelor poate fi atât de utilă. Există oare vreo dovadă provenind din acea sursă care să sugereze că viața emoțională a unui copil ar putea să se aplatizeze datorită tipurilor de experiență descrise? Desigur, răspunsul este că există multe dovezi.

Bineînțeles, aici indic în primul rând observațiile făcute de James Robertson (1953), și care au fost confirmate ulterior de Christoph Heinicke și Ilse Westheimer (1965), asupra modului în care copiii cu vârste cuprinse între 12 și 36 de luni se comportă atunci când sunt luați din căminul lor și lăsați în grija unor persoane străine, într-un loc străin, precum o creșă sau un spital, fără să existe o persoană care să îndeplinească rolul de substitut de mamă. În astfel de condiții, un copil ajunge ca, în timp, să se poarte ca și cum nici îngrijirea și nici contactul cu oamenii nu au prea multă importanță pentru el. Din moment ce persoanele care îl îngrijesc vin și pleacă, el renunță să se mai atașeze de cineva, iar la întoarcerea acasă este distant față de părinții lui zile în șir și, probabil, pentru mult mai mult timp dacă este tratat fără compasiune.

Mai mult, există motive să credem că un copil mic poate să dezvolte acest fel de aplatizare defensivă ca răspuns la o mamă care îl respinge, fără să existe neapărat o separare majoră. Exemple de acest tip pot fi regăsite în observațiile făcute de Mahler (1971). Descoperiri mai edificatoare sunt prezentate de Mary

Main (1977), colaboratoare a lui Mary Ainsworth, care a realizat un studiu special asupra unui grup de copii cu vârste cuprinse între 12 și 20 de luni; fiecare dintre acești copii nu numai că nu a reușit să-și întâmpine cu bucurie mama după ce aceasta îi lăsa-se în prezența unui străin pentru câteva minute, ci au și evitat-o în mod deliberat. Când am vizionat câteva dintre înregistrările video realizate de Main, am fost surprins să descopăr până unde pot merge unii dintre acești copii. Unul dintre ei s-a apropiat pentru scurt timp de mama lui, însă cu capul întors, și ulterior s-a retras de lângă ea. Un alt copil, în loc să se apropie de mama lui, s-a așezat cu fața la colțul camerei, ca și cum s-ar fi conformat unei pedepse, iar apoi s-a așezat în genunchi, cu fața spre podea. În fiecare caz, înregistrările video care le prezentau pe aceste mame jucându-se cu copiii lor pe parcursul unei ședințe ulterioare au demonstrat că ele diferă de mamele copiilor non-evitanți: ele păreau „iritate, lipsite de expresivitate și nu le făcea plăcere contactul fizic cu copilul”. Unele îi muștrau pe un ton iritat, altele râdeau de ei, altele vorbeau cu sarcasm cu sau despre copiii lor. O posibilitate evidentă este aceea că, ținându-se departe de mama lui în acest mod, un copil evită să fie tratat din nou într-un mod ostil.

Prin urmare, verificarea suplimentară oferită de observațiile directe ale copiilor mici și mamelor lor tinde să susțină o teorie de tipul celei formulate de Winnicott. Pe scurt, în termenii mei, copilului, iar mai târziu adultului, începe să-i fie frică să-și dea voie să se atașeze de vreo persoană datorită faptului că se teme de o nouă respingere, cu toată agonia, anxietatea și furia care ar putea fi determinate de această respingere. Așadar, există un blocaj masiv față de exprimarea sau chiar resimțirea dorinței sale naturale de a avea o relație apropiată, de încredere, în care să fie

102 îngrijit, alinat și iubit — aspecte pe care le consider a fi manifestări subiective ale unui sistem major al comportamentului instinctual.

O explicație de acest fel, cu toate că este mai puțin complexă decât anumite teorii propuse în literatura psihanalitică, explică modul în care acești oameni se comportă atât în societate în general, cât și cu noi ca analiști. În mod inevitabil, ei aduc cu ei în analiză teama lor de a intra într-o relație bazată pe încredere, aspect pe care noi îl resimțim ca pe o rezistență puternică. Apoi, când, în cele din urmă, sentimentele lor sunt redobândite, ei se așteaptă ca noi să-i tratăm cel puțin pe jumătate asemănător cu modul în care își amintesc ei că au fost tratați de părinții lor. În consecință, trăiesc cu groaza de a fi respinși și devin extrem de furioși în cazul în care au suspiciunea că îi vom abandona. Mai mult, nu sunt rare cazurile în care se descoperă că modul în care ei ne tratează — cu abuz sau respingere — reprezintă o variantă a tratamentului la care își amintesc că au fost supuși atunci când erau copii.

Veți observa că în explicația privind modul în care acești pacienți se comportă pe parcursul analizei am avansat o serie de ipoteze interconectate. Într-un program de cercetare, fiecare dintre aceste ipoteze necesită o analiză atentă și o testare în lumina datelor ulterioare. Printre numeroasele metode la care mă aștept să se dovedească a fi valoroase se află studiul interacțiunii părinților și copiilor într-un cadru terapeutic. În plus, rămâne un loc important pentru observații ulterioare care să fie făcute pe parcursul analizei pacienților individuali; cu toate acestea, eu consider că, dacă cercetarea clinică va ajunge la potențialul său maxim, ea trebuie să urmeze o cale mai sistematică și mai directă decât s-a întâmplat până acum.

Ca să dau un exemplu: ar fi util dacă s-ar păstra înregistrări detaliate ale reacțiilor unuia sau mai multor dintre acești pacienți înainte și după fiecare sfârșit de săptămână, vacanță și fiecare întrerupere neprevăzută a ședințelor, cu o înregistrare la fel de detaliată a modului în care analistul a lucrat cu ei. Acest lucru ne va oferi posibilitatea de a cunoaște repertoriul de reacții pe care un anumit pacient îl poate prezenta în astfel de situații, precum și modificările reacțiilor pe care le prezintă de-a lungul timpului. De asemenea, ar fi deosebit de util dacă am avea o relatare detaliată a condițiilor în care survine schimbarea terapeutică majoră. Dacă, probabil, într-un program de colaborare, ar putea fi păstrate înregistrări privind un număr de astfel de pacienți, atunci ar putea fi posibil să se descopere dacă o discuție onestă și detaliată privind experiențele dureroase pe care un pacient își amintește să le fi avut în relațiile lui cu părinții, precum și privind efectele pe care acestea par să le fi avut și încă să le aibă asupra modului în care el îi tratează pe alți oameni (inclusiv, desigur, pe noi) ar putea să susțină schimbarea terapeutică, așa cum prevăd eu, sau să o împiedice, așa cum consideră anumiți analiști.

Desigur, implicându-se într-un astfel de program de cercetare sau în oricare altul, un analist trebuie să ia în considerare responsabilitățile sale profesionale; cu pacienții care prezintă un sine fals, aceste responsabilități pot fi foarte dificile. Winnicott (1960) descrie „perioada de dependență extremă” prin care trec astfel de pacienți în timpul terapiei și atrage totodată atenția asupra faptului că „analiștii care nu sunt pregătiți să vină în întâmpinarea nevoilor majore ale pacienților care devin dependenți în acest fel ar trebui să-și aleagă cu grijă cazurile, pentru a nu include printre acestea pe cele de tip Sine fals.” (p. 193)



Acest aspect mă aduce înapoi la arta terapiei. Nu este ușor să oferim, fiind noi înșine, condițiile în care un pacient de acest fel își poate descoperi și redobândi ceea ce Winnicott numește si-nele adevărat, iar eu numesc dorințe și sentimente de atașament. Pe de o parte, trebuie să fim demni de încredere și trebuie, de asemenea, să respectăm într-un mod autentic toate acele dorințe de afecțiune și intimitate pe care fiecare dintre noi le are, dar care, la acești pacienți, s-au pierdut. Pe de altă parte, nu trebuie să oferim mai mult decât putem da și nu trebuie să înaintăm mai rapid decât poate să suporte pacientul. Atingerea acestui echilibru necesită toată intuiția, imaginația și empatia de care suntem capabili. Însă totodată necesită o sesizare clară a problemelor pacientului și a ceea ce încercăm să facem. Acesta este motivul pentru care este atât de important ca problemele legate de etiologie și psihopatologie să fie clarificate — în măsura în care aplicarea unei metode științifice ne permite acest lucru —, iar analiștii să fie deplin informați cu privire la întreaga gamă de experiențe din cadrul familiei, de la naștere până în adolescență care, așa cum indică din ce în ce mai multe dovezi, influențează modul în care se dezvoltă viața emoțională a unui copil. Numai atunci când ne vom însuși aceste cunoștințe și unele suplimentare ne vom afla în poziția de a ne conforma cerinței pe care Freud o impune într-una dintre ultimele sale lucrări, în care el atrage atenția asupra „nucleului de realitate” din simptomele unui pacient și asupra valorii terapeutice a construcțiilor în analiză. În această lucrare Freud (1937) scrie: „Ceea ce dorim este un tablou, valid și complet în toate părțile sale esențiale, al anilor uitați din viața pacientului” (p. 326).

## Psihanaliza ca știință a naturii

*În toamna anului 1980 am fost numit profesor asociat de psihanaliză la Universitatea din Londra. În cadrul prelegerii mele de deschidere m-am întors la tema pe care o abordasem în Canada în urmă cu doi ani. Deoarece am considerat dintotdeauna că psihanaliza, în calitate de corpus de cunoștințe, ar trebui să devină parte din științele naturii, am resimțit un disconfort datorat presiunii opoziției. A accepta că psihanaliza ar trebui să-și abandoneze scopul de a deveni o știință a naturii și, în loc de aceasta, să se considere ca disciplină hermeneutică, mi s-a părut a fi nu doar un rezultat al ideilor desuete privind știința, ci totodată un act de disperare; deoarece, într-o disciplină hermeneutică, nu există criterii prin aplicarea cărora rezolvarea divergențelor să devină posibilă.*

*O problemă întâmpinată de orice analist care propune noi idei teoretice constă în criticile conform cărora noua teorie „nu este psihanaliză”. Astfel de critici depind de modul în care definim psihanaliza. Din nefericire, a o defini în termenii teoriei lui Freud este mult prea comun. Acest aspect se află în contrast cu definițiile adoptate de disciplinele academice, definiții care sunt întotdeauna în concordanță cu fenomenele care urmează să fie studiate și cu problemele care urmează să fie elucidate. În cadrul acestor discipline progresul*



este adesea semnalat de modificările teoriei, uneori într-un mod revoluționar. Atâta timp cât analiștii continuă să definească psihanaliza în termenii unei teorii specifice, ei nu trebuie să se plângă de faptul că disciplina lor este primită cu rezerve de cei din mediul academic. Mai mult, definind-o în acest mod, o condamnă la o inerție încrămențită.

Versiunea acestei prelegeri prezentată în rândurile care urmează diferă în câteva moduri de cea originală, în special prin reducerea abordării subiectelor care au fost deja prezentate în prelegerile anterioare.

Din 1895, când Freud a făcut prima lui încercare de a schița un cadru teoretic pentru psihanaliză, și până în 1938, cu un an înainte de a muri, el a fost hotărât ca noua sa disciplină să se conformeze cerințelor unei științe a naturii. Astfel, în prima propoziție din *Proiect de psihologie* el scrie: „Intenția este de a oferi o psihologie care trebuie să fie o știință a naturii” (Freud, 1950); în timp ce în *Compendiu de psihanaliză* regăsim un fragment în care el susține că, odată ce se acceptă conceptul de procese psihice inconștiente, „psihologiei i se oferă posibilitatea de a-și ocupa locul alături de celelalte științe ale naturii” (Freud, 1940).

După cum se știe, în acest interval cuprins între anii 1895 și 1938, ideile lui Freud referitoare la domeniul științei lui s-au modificat considerabil, de la ambiția lui inițială „de a reprezenta procesele psihice ca stări determinate cantitativ ale particulelor materiale definibile” (în *Proiect de psihologie*, publicat în 1950, dar scris în 1895), la definiția pe care el o dă ulterior psihanalizei ca „știință a proceselor mentale inconștiente” (1925). Însă de la prima și până la ultima definiție, nu poate exista vreo îndoială referitoare la intenția lui Freud în ceea ce privește tipul de disciplină care ar fi trebuit să fie psihanaliza.

Cu toate acestea, în pofida intenției ferme a lui Freud, statutul științific al psihanalizei rămâne neclar. Pe de o parte, filosofi științei au numit-o pseudoștiință în baza faptului că, oricât de mult adevăr ar conține, teoriile psihanalitice sunt prezentate într-o formă atât de elastică, încât sunt nefalsificabile. Pe de altă parte, mulți psihanalști, dezamăgiți de insuficiențele metapsihologiei lui Freud și preocupați de perspectiva personală (care fără îndoială este necesară în activitatea clinică), au abandonat scopurile și aserțiunile lui Freud și au declarat că psihanaliza este prezentată în mod eronat ca știință și că ar trebui să fie concepută ca fiind una dintre disciplinele umaniste; de exemplu Home (1966), Ricoeur (1970) și alți psihanalști din Europa. Atât Schafer (1976), cât și George Klein (1976), adoptând această perspectivă, au avansat propuneri alternative teoriei lui Freud: însă fiecare dintre reformulările lor, chiar dacă sunt diferite, pare o versiune a lui *Hamlet* din care lipsește prințul. Dispar toate conceptele de cauzalitate și teoriile impulsului cu rădăcini biologice și, în versiunea lui Schafer, dispar de asemenea conceptele de refulare și de activitate mentală inconștientă.

Melanie Klein a făcut propuneri foarte diferite, iar unele dintre acestea cu siguranță nu au aceste defecte; însă ar fi dificil să pretindem că forma pe care aceste propuneri o iau, sau că cercetarea pe care ele au generat-o, ar îndeplini cerințele unei științe.

Însă în niciun caz nu toți analiștii sunt complet lipsiți de speranța de a-și formula disciplina ca știință a naturii. Conștienți de deficiențele metapsihologiei lui Freud, în special de conceptele lui de energie psihică și pulsione, câțiva încearcă să o înlocuiască acum cu un cadru conceptual nou, concordant cu gândirea științifică actuală. În cadrul acestor propuneri noi, ideile centrale

sunt preluate din teoria sistemelor și din studiul procesării umane a informațiilor. Printre cei activi în această întreprindere se află Rubinstein (1967), Peterfreund (1971, 1982), Rosenblatt și Thickstun (1977), Gedo (1979) și eu (1969, 1980). Totodată, există un număr de psihanaliști care au căutat să extindă baza de date a disciplinei prin studierea dezvoltării sociale și emoționale a copiilor, utilizând observațiile directe. Unele dintre aceste studii au fost ateoretice, de exemplu Offer (1969). Autorii altor studii au încercat să pună un nou vin empiric în vechile sticle teoretice, de exemplu Spitz (1957), Mahler (Mahler, Pine și Bergman, 1975); în timp ce alții, de exemplu Sander (1964, 1980), Stern (1977) și cu mine (1958, 1969, 1973), am căutat noi modele teoretice. Căutarea mea s-a îndreptat nu numai către teoria controlului și a procesării informațiilor, ci și către disciplinele ancorate în biologie, ale etologiei și psihologiei comparate. Așadar, noile inițiative nu lipsesc, însă este nevoie de timp pentru a vedea care dintre ele, sau poate care combinație între ele, se va dovedi cea mai productivă pentru progresul științific. În această lucrare, scopul meu este de a prezenta una dintre aceste inițiative, cea care îmi aparține, și de a prezenta motivul pentru care o consider promițătoare.

În prelegerea precedentă am prezentat circumstanțele care m-au determinat să aleg ca arie de cercetare reacțiile unui copil mic la faptul că este îndepărtat de mama lui și pus, pentru o vreme, într-un loc străin, cu oameni străini; am prezentat totodată modul în care aceste observații au condus la formularea teoriei atașamentului. Printre caracteristicile esențiale ale acesteia se află faptul că bebelușul uman vine pe lume predispus genetic să dezvolte un set de tipare comportamentale care, într-un mediu adecvat, vor avea ca efect faptul că el menține o proximitate mai mare

sau mai mică față de persoana care îl îngrijește; această tendință de a menține proximitatea servește ca funcție de protejare a copilului mic care începe să se deplaseze și a celui care este în creștere de o serie de pericole, dintre care, în mediul adaptabilității evolutive a speciei umane, pericolul de a fi prădat pare să fie cel mai important.

Un concept care a reieșit devreme din studiile asupra relațiilor mamă-copil influențate de etologie (Ainsworth, 1967) și care s-a dovedit ca având o importanță clinică majoră este acela de mamă (sau substitut matern) care oferă unui copil o bază de siguranță de la care el să poată să exploreze. În ultimele luni ale primului său an de viață, un bebeluș crescut într-o familie cu relații afective normale arată foarte clar de cine preferă să fie îngrijit; această preferință este în special evidentă atunci când copilul este obosit, speriat sau bolnav. Oricine ar fi această persoană (și de obicei aceasta este mama), ea este așadar capabilă, prin simpla prezență sau accesibilitatea ei imediată, să creeze condițiile care îi conferă copilului posibilitatea de a-și explora lumea cu încredere. La vârsta de doi ani, de exemplu, un copil sănătos, a cărui mamă se odihnește în grădină pe un scaun, se va îndepărta de ea, efectuând o serie de incursiuni, și se va întoarce de fiecare dată la ea, înainte de a pleca în următoarea incursiune. Uneori, când se întoarce, zâmbește pur și simplu și se comportă normal; alteori, se sprijină de genunchiul mamei; și alteori doarește să se urce în brațele ei. Însă niciodată nu va poposi pentru mult timp, decât dacă este speriat sau obosit, sau dacă el crede că mama este pe punctul de a pleca. Anderson (1972), care a întreprins un studiu de acest fel într-un parc din Londra, a observat că arareori se întâmplă ca un copil de doi sau trei ani să se îndepărteze mai mult de 60 de metri, înainte de a se întoarce. În

cazul în care nu-și mai vede mama, explorarea este dată uitării. Atunci, prioritatea majoră a copilului este să-și recupereze mama; la un copil mai mare, acest lucru se manifestă prin căutare, iar la un copil mai mic prin țipete.

Este evident că acest tip de comportament nu poate fi explicat în termenii creșterii energiei psihice, care este ulterior descărcată. Un model alternativ (prezentat deja în prelegerile precedente) este acela de a privi menținerea proximității la un copil ca fiind mijlocită de un set de sisteme comportamentale organizate într-un mod cibernetic. Activarea sistemului are loc în condiții de durere, de oboseală sau care produc frică; iar dezactivarea lui se produce în condițiile apropierei de figura maternă sau ale contactului cu ea. Așadar, putem emite ipoteza că acel comportament care îl determină pe copil să se îndepărteze de mama lui și să se avânte în lumea largă, și care poate fi denumit, într-un mod convenabil, comportament de explorare, este incompatibil cu comportamentul de atașament și are o prioritate mai redusă. Prin urmare, explorarea survine doar atunci când comportamentul de atașament este relativ inactiv.

Pe măsură ce individul crește, viața sa continuă să fie organizată în același mod, cu toate că incursiunile lui devin din ce în ce mai lungi și la distanțe din ce în ce mai mari. După ce începe școala, aceste incursiuni vor dura ore, iar mai târziu vor dura zile întregi. În adolescență, aceste incursiuni pot să dureze săptămâni sau luni întregi, și va exista probabil tendința căutării unei noi figuri de atașament. Pe parcursul vieții adulte, disponibilitatea figurii de atașament responsive rămâne sursa sentimentului de siguranță al persoanei. Cu toții, de când suntem în leagăn și până ajungem în mormânt, ne simțim cel mai bine atunci când viața este organizată ca o serie de incursiuni, mai lungi sau

mai scurte, având ca punct de plecare baza de siguranță oferită de figura (sau figurile) de atașament.

În termenii modelului teoretic propus, modificările evidente în organizarea comportamentului de atașare care survin în timpul dezvoltării individuale sunt privite ca datorându-se, pe de o parte, pragului minim necesar pentru ca activarea să se producă (probabil prin modificări la nivel endocrin) și, pe de altă parte, sistemelor de control care devin din ce în ce mai sofisticate, în special prin faptul că ele ajung să încorporeze modele reprezentationale legate de mediul și persoanele importante din acest mediu, precum și de sine ca persoană vie, activă.

Dezvoltarea unui set de sisteme de tipul descris, pe parcursul ontogenezei la oameni precum și la alți indivizi aparținând multor altor specii, este atribuită acțiunii selecției naturale, și anume indivizilor mai dotați cu potențialul de a dezvolta astfel de sisteme care au supraviețuit și s-au înmulțit cu mai mult succes decât cei mai puțin dotați — cu alte cuvinte, este atribuită evoluției, în termeni darwinieni. Din moment ce predispoziția de a prezenta comportamentul de atașament în anumite condiții este privită ca parte intrinsecă a naturii umane, referirea la aceasta prin „dependență” nu numai că induce în eroare, ci este și foarte nepotrivită datorită nuanțelor peiorative ale termenului.

Odată ce comportamentul de atașament și alte forme de comportament determinate biologic sunt concepute în termenii teoriei controlului, problema finalității comportamentului este rezolvată fără a abandona conceptul de cauzalitate. Mai mult, distincția dintre cauzalitate și funcție, neglijată, în mod regretabil, în teoria psihanalitică tradițională, devine explicită. Activarea (în cadrul căreia stimularea și exprimarea emoțională joacă

112 un rol important), precum și terminarea subsecventă și modificarea stării emoționale sunt cauzate atunci când un sistem structurat într-un anumit mod primește informații de un anumit tip. Dintre variatele consecințe la care conduce activarea, cea presupusă a fi funcția sa biologică este exact acea funcție care, așa cum indică și dovezile, a determinat sistemul să evolueze pe parcursul filogenezei. În cazul comportamentului de atașament, funcția postulată este cea de reducere a riscului de vătămare a individului.

La acest nivel al analizei, nu este relevantă întrebarea dacă un individ își dă seama de ceea ce face, lăsând la o parte motivele pentru care face acest lucru; de fapt, nu are mai multă relevanță decât întrebarea dacă individul își dă seama că respiră și, dacă se întâmplă așa, dacă realizează de ce trebuie să facă astfel. Sistemele biologice care deservește funcțiile vitale, fie la nivel comportamental, fie la nivel fiziologic, trebuie să fie apte să opereze în mod automat. Totuși, în cazul unui copil, faptul că el își dă seama de ceea ce face, și mai ales faptul că își dă seama de condițiile care vor pune capăt comportamentului său, apare de timpuriu (cu siguranță spre sfârșitul primului său an de viață), iar acesta este un factor cu importanță majoră. Cu alte cuvinte, odată ce este evident că un copil își dă seama de condițiile care vor pune capăt comportamentului său, începem să discutăm despre intenție, despre dorința lui de a atinge un anumit scop, despre faptul că este mulțumit și fericit atunci când se întâmplă acest lucru și că este frustrat, anxios sau furios atunci când eșuează, precum și despre faptul că mulțumirea produce plăcere, iar frustrarea dă naștere contrariului.

În acest moment doresc să subliniez distincția clară între condițiile necesare terminării unei anumite forme de comporta-

ment, denumită în mod obișnuit scop, și funcția biologică pe care comportamentul o deservește. În cazul comportamentului de atașament din copilărie, acolo unde ne așteptăm ca atât mama cât și copilul să își dea seama de condițiile necesare terminării acestui comportament (de exemplu, un anumit grad de proximitate) nu ne așteptăm și la conștientizarea funcției. La fel se întâmplă și în cazul comportamentului de hrănire sau sexual. Cei mai mulți dintre noi ne dăm seama că hrănirea ne va potoli foamea și descoperim și plăcere în a ne hrăni; însă numai persoanele sofisticate sunt preocupate de funcția nutrițională a hrănirii. În mod similar, dorința sexuală poate fi domolită fără a se conștientiza funcția sa reproductivă. În ambele cazuri, cu excepția indivizilor sofisticati, oamenii sunt preocupați de dorința de a se comporta într-un anumit mod, precum și de plăcerea anticipată și obținută în momentul atingerii condițiilor (sau scopului) care pun capăt comportamentului, și nu de funcția biologică pe care acel comportament o poate deservi. De fapt, adesea, atunci când ne simțim presați din punct de vedere emoțional să acționăm într-un anumit mod ușor de explicat în termenii funcției biologice, construim „motive” care să justifice acest lucru, motive care au o mică legătură, sau poate chiar niciuna, cu cauzele comportamentului nostru. De exemplu, un copil sau un adult care, pentru a diminua un risc, are predispoziția biologică de a reacționa la sunete străine auzite în întuneric prin căutarea figurii sale de atașament, oferă ca motiv faptul că îi este teamă de fantome. Acest lucru este similar „motivelor” construite de un individ care, fără să știe, acționează în baza unei sugestii post-hipnotice.

Distincția pe care am trasat-o între funcția deservită de o anumită formă de comportament, ceea ce cunoaștem despre ea și de-

spre eforturile pe care le facem pentru a atinge condițiile care vor pune capăt comportamentului reprezintă unul dintre criteriile care disting domeniul biologic de cel psihologic. O altă distincție este următoarea: pe de o parte, sistemul comportamental, postulat ca fiind un dat biologic, laolaltă cu unele (deși nu cu toate) condiții care îl activează și îl încheie și, pe de altă parte, faptul că ne dăm seama de dorința de a atinge un anumit scop și de eforturile pe care le facem pentru a găsi mijloacele în acest sens.

Mai devreme am menționat că, în înțelegerea dezvoltării individuale, este necesar să luăm în considerare mediul în care fiecare individ se dezvoltă, dar, în același timp, și potențialele genetice cu care este înzestrat. Cadrul teoretic care se potrivește cel mai bine acestui scop este cel al căilor de dezvoltare, propus de biologul C.H. Waddington (1957).

În termenii acestui cadru, personalitatea umană este considerată ca structură care se dezvoltă continuu de-a lungul uneia sau alteia dintre multitudinea de căi posibile și distincte. Se consideră că toate aceste căi au inițial același punct de plecare astfel încât, atunci când este conceput, individul are acces la o gamă largă de căi de dezvoltare, putând să avanseze de-a lungul oricăreia dintre ele. Se susține că cea aleasă își schimbă direcția în fiecare stadiu, în baza unei interacțiuni dintre organism așa cum s-a dezvoltat până în acel moment și mediul în care se găsește la momentul respectiv. Prin urmare, în momentul concepției, dezvoltarea depinde de interacțiunea dintre genomul nou format și mediul intrauterin; la naștere, dezvoltarea depinde de interacțiunea între constituția biologică a nou-născutului (incluzând structura lui mentală incipientă) și familia în care se naște (sau lipsa acestei familii); și, la fiecare vârstă, dezvoltarea depinde succesiv de structurile de personalitate existente la acel moment

și de familie, iar mai târziu de mediul social mai general din momentul respectiv.

La concepție, gama totală de căi de dezvoltare potențial deschise unui individ este determinată de modul în care este alcătuit genomul. Pe măsură ce dezvoltarea continuă și structurile se diferențiază în mod progresiv, numărul de căi care rămân deschise se diminuează.

Sunt de părere că o variabilă principală în dezvoltarea fiecărei personalități individuale este reprezentată de calea pe care se organizează comportamentul de atașament al individului; și, mai mult, că această cale este determinată în mare măsură de modul în care figurile lui parentale îl tratează, nu numai în perioada de sugar, ci și pe parcursul întregii sale copilării și adolescențe. Se susține că o modalitate principală prin care aceste experiențe influențează dezvoltarea personalității este reprezentată de efectele pe care aceste experiențe le au asupra modului în care o persoană își construiește lumea din jur și asupra modului în care așteaptă să se comporte persoanele de care ar putea să se atașeze; ambele moduri reprezintă derivate ale modelelor reprezentationale ale părinților săi, pe care individul le-a construit în perioada copilăriei. Dovezile indică faptul că aceste modele tind să persiste, rămânând relativ nemodificate la un nivel inconștient, și că ele reprezintă reflectări ale modului în care părinții chiar au tratat acel individ, reflectări care sunt mult mai precise decât s-a presupus în cadrul perspectivelor tradiționale. În termenii acestui cadru, comportamentele aberante și simptomele nevrotice sunt înțelese ca datorându-se interacțiunilor care au survenit și care ar putea încă să survină între personalitatea unui individ așa cum s-a dezvoltat până la un anumit moment și situația în care individul se regăsește în momentul respectiv.

Să ne oprim aici pentru un moment. Până acum, în prezentarea cadrului conceptual pe care îl agreez, cu siguranță am spus suficient pentru ca dumneavoastră să observați un număr de aspecte sub care acest cadru diferă de cel tradițional. De exemplu, teoria motivației propusă aici diferă radical de teoria pulsunii și energiei psihice concepută de Freud; iar teoria căilor de dezvoltare diferă într-un grad similar de teoriile freudiene privind stadiile libidinale, fixația și regresia. Mai mult, conceptul de comportament de atașament este privit ca fiind diferit de comportamentul de hrănire și de cel sexual și având un statut egal cu acestea; totodată, este privit ca fiind o caracteristică prezentă pe parcursul întregii vieți a individului. Unde se află oare originile acestor diferențe?

În perioada de elaborare a teoriei sale, Freud a fost profund interesat de biologie și a fost preocupat să formuleze o teorie psihologică în termeni compatibili cu gândirea specifică biologiei epocii lui. Acest lucru l-a determinat să ia în considerare ideile lui Darwin și ale altor evoluționiști ai acelei vremi. La acel moment, sfârșitul secolului al XIX-lea, teoria darwinistă a variației și selecției naturale se afla departe statutul de teorie dominantă pe care îl are astăzi. Dimpotrivă, erau populare teoriile lui Lamarck privind transmiterea ereditară a caracteristicilor dobândite și influența pe care se presupunea că „sentimentul intern de nevoie” o avea asupra structurii sale. La fel stăteau lucrurile și cu legea biogenetică a lui Haeckel care, susținând că ontogeneza repetă filogeneza, trecea cu vederea faptul că presiunile selecției operează în toate etapele ciclului vieții și că, adesea, apar noi specii din forme imature ale celor anterioare (neotenie<sup>16</sup>). Așa

<sup>16</sup> Neotenie — capacitate a unor organisme de a atinge maturitatea sexuală și de a se reproduce în stadii larvare (DEX, 1998). (N.t.)

cum știm, Freud a fost profund influențat atât de Lamarck, cât și de Haeckel, și chiar vorbea cu studenții lui în termeni elogioși despre ideile acestora<sup>17</sup>. Rezultatul a fost că mare parte din metapsihologia lui Freud și toată psihologia dezvoltării concepută de el ajunseser să fie fundamentată pe principii abandonate de multă vreme de biologi.

Prin urmare, pentru ca psihanaliza să devină o știință a naturii bazată pe principii biologice solide, așa cum intenționase Freud, există unele motive imperative pentru a aduce modificări drastice cel puțin la nivelul unora dintre ipotezele sale fundamentale. Cadrul pe care îl propun, fundamentat pe principii neo-darwiniste și pe activitatea recentă în domeniul psihologiei dezvoltării și al procesării umane a informațiilor reprezintă o astfel de încercare.

Cu toate că este limpede că psihanaliza este o disciplină a dezvoltării, cred că ea nu are niciunde puncte mai slabe decât în zona conceptelor sale referitoare la dezvoltare. Multe dintre cele mai semnificative concepte de acest fel, de exemplu, cele privind stadiile libidinale, derivă direct din teoriile lui Haeckel. Astfel, în *Prelegeri de introducere în psihanaliză* (1916–1917), Freud subliniază că atât dezvoltarea Eului, cât și a libidoului trebuie să fie înțelese ca „repetări prescurtate ale dezvoltării pe care a parcurs-o întreaga umanitate de la începuturi, [prin foarte mari intervale de timp]” (Freud, 1917, p. 344); dezvoltarea libidoului este, de asemenea, privită în termenii filogenezei și a formelor

<sup>17</sup> Cu privire la aderarea lui Freud la ideile lui Lamarck, a se vedea biografia lui Freud scrisă de Ernest Jones, volumul 3, capitolul 10 (Jones, 1957). Referitor la influența legii biogenetice a lui Haeckel, a se vedea ampla notă de subsol a editorului James Strachey din traducerea lucrării lui Freud *Moise și religia monoteistă* (SE 23,102), și în special analiza pe care Frank Sulloway o face asupra originilor metapsihologiei lui Freud (Sulloway, 1979).

variate pe care le-a luat aparatul genital la animale. Într-un studiu de caz publicat aproximativ în aceeași perioadă, el consideră că ideile unei persoane referitoare la „scenele de observare a contactului părinților, de seducție în perioada copilăriei și de amenințare cu castrarea sunt, fără îndoială, patrimoniu moștenit, moștenire filogenetică”; și susține că, de asemenea, complexul Oedip se regăsește printre „schemele moștenite filogenetic” (Freud, 1918, pp. 201 și 220). Toate aceste idei sunt reluate în lucrarea finală a lui Freud, de exemplu, Freud, 1939 (pp. 281–291).

Probabil că puțini analiști din zilele noastre sunt de acord cu formulările inițiale ale lui Freud; cu toate acestea, nu poate exista nicio îndoială referitoare la influența lor larg răspândită nu numai asupra a ceea ce se învață, ci și asupra presupunerilor dominante privind modul în care este perpetuată concepția noastră asupra dezvoltării emoționale și sociale. Astfel, se continuă să se confere un loc de cinstă reconstrucțiilor care au la bază ceea ce este observat și dedus în timpul ședințelor de terapie; la aceasta se adaugă o rezervă persistentă (însă oarecum în scădere) de a da atenție deplină activității extrem de importante care se desfășoară acum în domeniul psihologiei dezvoltării. Din moment ce, în multe din lucrările anterioare, am atras atenția asupra importanței acestei activități, trebuie doar să mai spun că sunt de părere că toate conceptele psihanalizei privind dezvoltarea vor trebui re-examinate; și, mai devreme sau mai târziu, majoritatea acestora vor trebui înlocuite cu concepte care acum sunt utilizate de către cei care studiază dezvoltarea legăturilor afective la bebeluși și copiii mici prin metoda observării directe. Cred că rezerva, care este de înțeles, pe care mulți clinicieni au avut-o în trecut cu privire la acest tip de activitate se va risipi dacă se vor familiariza cu observațiile și ideile promovate de persoane

importante în domeniu în acest moment, cum ar fi Mary Ainsworth (1977), John și Elizabeth Newson (1977) și Colwyn Trevarthen (1979).

Cu toate că mulți teoreticieni ai psihanalizei par încă să ignore valoarea sau chiar însăși existența acestor studii, mă bucur să afirm că există totuși un număr din ce în ce mai mare de psihanalisti care le utilizează în tratamentul pacienților lor. Prin urmare, haideți să ne întoarcem la domeniul clinic și să abordăm un caz prezentat de un analist californian; analistul atribuie multe din problemele pe care pacienta sa le prezenta (cred că pe bună dreptate) evenimentelor care au urmat divorțului părinților ei, precum și perioadei îndelungate pe care pacienta a petrecut-o într-o instituție între 5 și 6 ani. Această prezentare<sup>18</sup> nu numai că ilustrează tipurile de probleme personale stresante cărora le dau naștere experiențele de acest fel, incluzând ambivalența intensă, ci totodată ridică întrebări privind modul în care sunt clarificate aspectele referitoare la apărare și afect, în cadrul conceptual pe care îl propun.

Problemele pentru care dna G a venit în terapie erau că se simțea iritabilă și depresivă și, așa cum relata ea, se simțea plină de ură și răutate. În plus, a descoperit că era frigidă cu soțul ei, detașată emoțional și se întreba dacă era capabilă să iubească pe cineva.

Dna G avea 3 ani când părinții ei au divorțat. Tatăl ei a părăsit familia, iar mama, care a început să lucreze multe ore, avea puțin timp pentru fiica ei. Un an mai târziu, când dna G avea

<sup>18</sup> Această prezentare este extrasă din contribuția lui Thomas Mintz la un simpozion organizat de Asociația Americană de Psihanaliză, având ca temă efectele pe care le are asupra adulților pierderea de obiect în perioada primilor cinci ani de viață. (Mintz, 1976).



4 ani, mama ei a dus-o la un orfelinat, unde a lăsat-o timp de 18 luni. Ulterior, cu toate că era din nou cu mama ei, relațiile din familie au continuat să fie perturbate și nefericite. Ca urmare, dna G a părăsit căminul în perioada adolescenței și, înainte să împlinească vârsta de 21 de ani, se căsătorise și divorțase deja de două ori. Actualul ei soț era cel de-al treilea.

În primele etape ale analizei, dna G a ezitat foarte mult să-și amintească evenimentele dureroase din copilărie; și când a făcut-o, a izbucnit într-un plâns cu sughițuri. Cu toate acestea, analistul a încurajat-o să se gândească mai mult la aceste amintiri și să facă acest lucru în detaliu, deoarece el considera că o va ajuta. În același timp, el a dat cel puțin la fel de multă atenție relației pacientei cu el, relație în cadrul căreia, așa cum era de așteptat, reapăruseră toate dificultățile interpersonale pe care pacienta le avusese în alte relații apropiate.

Printre multe alte aspecte din copilărie care fuseseră dureroase, dna G și-a amintit cât de tristă s-a simțit când s-a despărțit de animalele ei de casă, atunci când a fost trimisă la orfelinat. Uneori, visele ei înfățișau perioada pe care o petrecuse acolo, însoțite de sentimente de coplesire. Își amintea că se simțea foarte mică printre mulți copii, că nu erau jucării, își amintea tratamentul dur la care era supusă și că uneori se purta urât în mod intenționat, pentru a fi plesnită [lucru care însemna că cel puțin i se dădea o oarecare atenție — JB].

După patru ani de analiză, dificultățile financiare ale dnei G au determinat-o să ia decizia de a termina terapia în următoarele șase luni. În mod inevitabil, conflictele emoționale pe care le avea în relația cu analistul ei s-au acutizat. Acum, avea vise și reverii legate de el care erau mai explicite. Își dăduse seama de la bun început că despărțirea va fi dureroasă. Separările o

înfuriaseră dintotdeauna și, așa cum spunea acum, „furia mă întristează pentru că înseamnă sfârșitul. ... Mi-e teamă că o să mă părăsiți, că o să mă dați afară sau că o să mă alungați”. Analistul i-a amintit de modul în care ea se simțise atunci când a fost trimisă la orfelinat. Luptându-se să creadă că este independentă, ea a spus: „Mă agăț de mine... Am grijă de mine de una singură”.

Câteva luni mai târziu, pe măsură ce se apropia finalul terapiei, a făcut legătura între ceea ce simțea față de analist cu ceea ce simțise înainte față de mama ei: „Nu vreau s-o las pe mama — nu vreau să-i dau drumul — nu va scăpa de mine. În acest moment al analizei, dorul ei de iubire și de grijă au revenit, împreună cu furia față de cei care i le refuzaseră.

Schimbarea radicală care a survenit în această femeie s-a confirmat în alte situații. De exemplu, la începutul analizei, îi murise pisica, însă ea a simțit indiferență față de acest eveniment. Așa cum afirmase atunci: „Dacă permit acestui lucru să mă rănească, mă va întrista orice. Un singur lucru va declanșa resentimentul”. Acum însă, spre finalul analizei, când i-a murit o altă pisică, a plâns.

Cu toate că terapia a refăcut viața emoțională a acestei paciente și a avut ca rezultat faptul că a devenit mai capabilă să lege relații mai bune, îmbunătățind inclusiv relația cu mama ei, o reevaluare după cinci ani a arătat, așa cum era de așteptat, că a rămas vulnerabilă la situațiile care declanșau anxietate și tristețe, precum separarea și pierderea.

Haideți să analizăm schimbarea care a survenit în această femeie, a cărei tulburare ar putea fi definită în termeni clinici ca personalitate schizoidă (Fairbairn, 1940), sine fals (Winnicott,



1960, 1974) sau patologie narcisică (Kohut, 1971). Înainte de analiză, se simțea detașată emoțional și se întreba dacă este capabilă să iubească vreo persoană; o pierdere a făcut-o să se simtă indiferentă. Acum, își dădea seama cât de mult tânjea după iubire și grijă și cât de furioasă se simțea pentru că nu i-au fost oferite; și o pierdere a dus la lacrimi. Prin urmare, în situații în care acestea inițial lipsiseră, au apărut acum răspunsuri încărcate cu afecte profunde.

Pentru a explica o astfel de schimbare, teoriile tradiționale au tendința să utilizeze o metaforă hidraulică: afectul fusese îndiguit și acum se descărcase. Digul este privit ca apărare în fața unei cantități excesive de excitație care prezintă pericolul de a copleși Eul. Alte teorii invocă procese despre care se consideră că survin în perioada de sugar — de exemplu, fixația într-un stadiu narcisic sau un clivaj al Eului rezultat din proiecția unui instinct al morții.

O explicație a tulburării acestei femei, explicație despre care cred că este mai aproape de cunoștințele noastre actuale privind dezvoltarea timpurie a legăturilor afective și care este în concordanță cu ceea ce cunoaștem despre procesarea umană a informațiilor, sună astfel: ca rezultat al durerii intense care i-a fost provocată în primii ani de viață de frustrarea îndelungată și probabil repetată a comportamentului ei de atașament (experiență pe care a resimțit-o ca frustrare a dorinței imperioase de iubire și îngrijire), sistemul (sau sistemele) comportamental care controla comportamentul ei de atașament s-a dezactivat și a rămas așa, în pofida dorințelor ei de a se fi întâmplat invers. Drept urmare, dorințele, gândurile și sentimentele care reprezintă părți și porțiuni din comportamentul de atașament erau absente din câmpul ei de conștiință. Dezactivarea însăși poate fi înțeleasă ca

datorându-se excluderii selective din procesare a oricărei informații care, în eventualitatea procesării, ar fi determinat activarea sistemului.

Această excludere selectivă postulată care, așa cum arată activitatea experimentală recentă, se află deplin sub controlul aparatului nostru cognitiv (Dixon, 1971; Erdelyi, 1974), și pe care eu o numesc excludere defensivă, necesită o activitate cognitivă constantă la un nivel inconștient. Faptul că sistemele comportamentale rămân intacte și, în principiu, capabile să fie activate, și, ocazional, pot prezenta astfel de activări scurte sau incipiente, poate explica toate acele fenomene care l-au condus pe Freud către ideile sale referitoare la inconștientul dinamic și refulare. De fapt, excluderea defensivă pe care o sugerez nu este altceva decât refularea sub un alt nume, un nume mai compatibil cu cadrul conceptual adoptat în această lucrare.

Procesul de schimbare terapeutică produs în această pacientă poate fi deci înțeles ca datorându-se pacientei, mulțumită bazei de relativă siguranță oferite de analist; pacienta a regăsit suficient curaj pentru a permite unor informații până atunci excluse să iasă la iveală pentru a fi procesate. Aceste informații se referă atât la cele provenite din situația prezentă (de exemplu, dovada preocupării autentice a analistului de a-și ajuta pacienta, precum și gândurile, sentimentele și comportamentul contradictorii care au fost declanșate de acest aspect), cât și la informațiile stocate în memorie (de exemplu, amintiri privind evenimente foarte dureroase din copilărie și gândurile, sentimentele și comportamentul declanșate de acestea). De regulă, informațiile provenind din două surse sunt recuperate în forma unui lanț în cadrul căruia informațiile din prezent, în special transferul, alternează cu informațiile din trecut, fiecare verigă conducând

către următoarea. Desigur, odată ce informațiile semnificative sunt acceptate, comportamentul de atașament se reactivează, împreună cu nevoile și dorințele, gândurile și sentimentele care îi sunt asociate. În termeni tradiționali, inconștientul a devenit conștient, iar nevoile și afectele refulate au fost eliberate.

Nu rareori, ca și în cazul acestei paciente, analistul are sarcina de a atrage atenția pacientului asupra amintirilor pe care el le consideră semnificative și de a-l încuraja să reflecteze asupra lor, în loc să facă abstracție de ele. Atunci când procedează în acest mod, un analist este ghidat, desigur, de oricare dintre teoriile privind dezvoltarea personalității și psihopatologia pe care ar putea să le adopte. Acesta este aspectul sub care analiștii proveniți din diferite școli prezintă puncte de vedere divergente. Pentru unii, evenimentele considerate a fi importante ar putea să aibă legătură cu alăptatul și înțărcatul, precum și cu fantasmele legate de acestea, prezente în primele luni de viață; pentru alții, aceste evenimente considerate a fi importante ar putea avea legătură cu educația sfincteriană sau cu asistarea la scena primitivă în perioada celui de-al doilea an de viață; și pentru alți analiști, aceste evenimente ar putea fi situațiile oedipiene și dorințele din cel de-al treilea sau al patrulea an de viață. În cazul dnei G, analistul a folosit cunoștințele pe care le avea referitor la reacțiile copiilor mici la evenimentele asociate separării îndelungate de mamă în timpul primilor ani de viață.

Este bine cunoscut faptul că nu fiecare copil care a fost plasat timp de 18 luni într-o instituție, în perioada celui de-al cincilea și al șaselea an de viață, se va dezvolta din punct de vedere psihologic pe o cale asemănătoare cu cea urmată de dna G. În cazul ei, aproape cu siguranță au intervenit și alți factori. Încercând să determin care ar fi putut fi acești factori, iau în considerare

afirmațiile pe care dna G le-a făcut în perioada finală a analizei, de exemplu, cele referitoare la teama ei că analistul „o va da afară” sau că „o va alunga”, precum și amintirea convingerii pe care o avea că mama ei nu ar fi trebuit „să scape de ea”. Acest aspect indică faptul că se poate ca mama ei să fi folosit, ca metodă de a-și disciplina fiica, amenințări repetate de a o trimite înapoi la acea instituție; aceste amenințări, așa cum cunoaștem din dovezile relevate de studii, sunt departe de a fi rare, și ele nu numai că au un efect terifiant asupra unui copil mic, ci, de asemenea, pot da naștere unui sentiment de ură intensă din partea unui copil. Cu cât un analist cunoaște mai bine situațiile din copilărie care pot să determine perturbări în dezvoltare, cu atât mai mult el va putea să-i înțeleagă și să-i ajute pe pacienții lui.

În mod inevitabil, reamintirea copilăriei de către un pacient, spontană sau dirijată, are numai valoare sugestivă ca dovadă în susținerea teoriilor privind dezvoltarea personalității. Aspectele pe care un pacient ni le relatează cu privire la copilăria lui, în special aspectele pe care le prezintă ulterior un analist referitor la aceste relatări, se află probabil sub influența preconcepțiilor analistului la fel de mult, sau poate chiar mai mult decât ceea ce pacientul realmente a relatat sau a făcut; acesta este motivul pentru care eu consider studiul sistematic prin observarea directă a copiilor care se dezvoltă în cadrul unor diferite tipare de îngrijire familială ca fiind indispensabil pentru progresul psihanalizei. Prin urmare, consider totodată că observațiile făcute în timpul terapiei prezintă un potențial de cercetare important, chiar dacă acest potențial nu va fi atins decât dacă studiile sunt realizate mult mai sistematic decât s-a obișnuit până acum, iar datele obținute din terapie sunt comparate constant cu date care derivă din alte surse.

Potențialul de cercetare al situației terapeutice rezidă nu în ceea ce aceasta ne spune cu privire la trecutul pacientului, ci în ceea ce ne spune cu privire la tulburările funcționării personalității în prezent; în special în ceea ce ne spune despre tulburările capacităților persoanei de a realiza atașamente caracterizate de siguranță și despre condițiile în care aceste tulburări se ameliorează. Cazul dnei G poate fi utilizat ca introducere pentru o propunere de cercetare, din moment ce există multe aspecte atât în tulburarea de personalitate pe care o prezintă, cât și în procesul ei analitic, pe care avem motive să le considerăm suficient de tipice.

Pornind de la studii de caz prezentate în literatura de specialitate, ar exista posibilitatea să se facă unele generalizări care ar putea ulterior să fie considerate predicții care să fie testate mai departe în activitatea terapeutică cu pacienți care prezintă trăsături clinice similare. Toate aceste predicții, care vor depinde de tiparul specific de terapie abordat<sup>19</sup>, ar putea fi formulate în termeni ai observației directe. Acestea ar putea include afirmații privind modul în care este de așteptat ca pacientul să se comporte față de analistul său, subiectele despre care pacientul ar putea vorbi sau, în special, pe care ar evita să le abordeze, afectele pe care ar putea să le prezinte sau nu și în ce situații s-ar putea întâmpla aceste lucruri. Un interes special l-ar prezenta modificările comportamentului, ale temei abordate și ale afectului care sunt de așteptat să survină în raport cu anumite tipuri de evenimente curente, petrecute atât în viața de zi cu zi a pacientului, cât și în cadrul analizei. Evenimentele care se înscriu în cea de-a

<sup>19</sup> Tehnica analitică adoptată de Mintz pare să aibă multe în comun cu cea adoptată în Marea Britanie de Donald Winnicott; a se vedea prezentarea lui Guntrip (1975).

doua categorii ar include modul în care analistul se comportă, lucrurile pe care le spune, modul în care le spune, punându-se un accent deosebit asupra întreruperilor analizei datorate vacanțelor, îmbolnăvirilor sau altor circumstanțe. Ar fi necesare, desigur, înregistrări audio ale ședințelor, pentru a se evita prezentările influențate subiectiv.

Urmând procedurile propuse, va fi posibil ca, după o perioadă de timp, să adunăm din două surse corpusuri de date care să poată fi comparate. Un corpus de date va fi alcătuit prin utilizarea metodei observării directe a dezvoltării și formării de tipare de legături afective în perioada copilăriei mici și mari, la copii care trăiesc experiența unor diferite tipuri de îngrijire. Celălalt corpus de date va fi, de asemenea, alcătuit prin utilizarea metodei observării directe — observarea modificărilor la nivel de formare de tipare privind legăturile afective, pe parcursul unui anumit tip de terapie. Dat fiind faptul că se vor utiliza cadre conceptuale similare în realizarea ambelor seturi de observații, iar întrebările pe care fiecare set le ridică sunt aceleași, descoperirile vor putea fi comparate, iar ipotezele cu privire la dezvoltare vor putea fi testate.

Acesta este însă numai unul dintre modurile prin care psihanaliza ca și corpus de cunoștințe privind dezvoltarea personalității și psihopatologia ar putea să se îndrepte în direcția dezvoltării unei științe a naturii, așa cum Freud a intenționat dintotdeauna.

Cadrul conceptual schițat în această lucrare folosește, cred, pentru a îngloba o cantitate substanțială de date pe care psihanaliza le-a selectat ca aparținând domeniului său și care deja stă la baza unor programe de cercetare productive (de exemplu, Parkes și Stevenson-Hinde, 1982). Acest cadru are avantajul că este

compatibil cu biologia evoluționistă și cu neurofiziologia, și că promite o organizare mai bună și o consistență internă mai ridicată în comparație cu cele tradiționale. Cu toate acestea, punctele tari și slabe pe care le-ar putea prezenta nu pot fi cunoscute în absența unei testări ample a forței sale de a rezolva probleme care nu au fost încă studiate (care includ, de exemplu, dezvoltarea sexuală și deviațiile ei), precum și în absența unei examinări mult mai intensive decât a fost posibil până acum a utilității sale în rezolvarea problemelor cărora li s-a dat deja atenție.

La final, să aruncăm o privire asupra aspectelor ridicate de către cei care susțin că psihanaliza nu este și nu va putea fi niciodată o știință a naturii. Descoperim că argumentul lor derivă din convingerea că metoda științifică nu poate fi separată de pozitivismul logic și de reduționism. Cu toate că acest model științific a fost susținut la începutul secolului XX cu încredere și adesea într-un mod dogmatic, acum s-a renunțat la el, iar locul său a fost luat de o filosofie a epistemologiei evoluționiste (Popper, 1972; Latakos, 1974). Aceasta susține că toate cunoștințele sunt nesigure și că știința progresează prin intermediul noilor teorii care vin să le înlocuiască pe cele vechi — atunci când devine limpede că o nouă teorie este capabilă să explice o arie mai mare de fenomene decât cele care sunt înțelese și explicate de o teorie mai veche, și că această nouă teorie este capabilă totodată să facă predicții referitoare la noi fenomene cu mai multă exactitate<sup>20</sup>. Se susține că această metodă este aplicabilă și în cazul tuturor științelor teoretice sau generalizatoare, indiferent dacă ele studiază fenomene fizice, biologice sau sociale. Mai mult, din moment

<sup>20</sup> Criteriului de falsicabilitate pe care Popper inițial a pus un mare accent nu i se mai dă atât de multă importanță; cu toate acestea, rămâne centrală comparația constantă a predicțiilor derivate din teorii cu o gamă în continuă creștere de date observate.

ce pentru a înțelege fenomene la un anumit nivel de complexitate sunt necesare concepte adecvate acelui nivel, ideea că fenomenele complexe trebuie explicate în termenii unor concepte adecvate unui nivel mai scăzut de complexitate, și anume prin reduționism, este acum recunoscută ca fiind eronată. Modul în care aceste idei noi sunt aplicate domeniului nostru este prezentat cu competență de către Holt (1981), Blight (1981) și Radford (1983).

Cu toate că metoda științifică reprezintă o modalitate de neprețuit de a dobândi o cunoaștere relativ validă, de a rezolva diferențele de opinii și de a face predicții utile, limitările sale sunt totuși considerabile. Una dintre aceste limitări se referă la faptul că știința *se ocupă cu generalitățile, dar are puține de spus referitor la evenimentele singulare, specifice*. Aceasta este o distincție vitală, așa cum indică fizicianul Weisskopf (1981). În cadrul științelor fizicii, acest lucru nu contează, din moment ce fizicienii și inginerii nu sunt interesați de viitorul unui anumit atom sau a unei anumite molecule. Totuși, odată ce ne îndreptăm atenția către științele biologiei, acest lucru contează, deoarece biologii sunt adesea preocupați de organisme individuale, toate acestea fiind diferite unele de altele. Mai mult, în anumite științe umaniste, exemplul individual reprezintă însăși esența situației respective. De exemplu, istoria, indiferent că studiază societăți, persoane, sau idei, este mereu preocupată de o succesiune extrem de complexă de evenimente cu un grad înalt de specificitate care interacționează; oricât ar fi de mare volumul de cunoștințe pe care le avem, acesta nu ne oferă posibilitatea să le explicăm într-un mod adecvat, ca să nu mai vorbim de formularea unei predicții. Prin urmare, distincția între științele naturii și științele istoriei nu constă în faptul că ele utilizează metode diferite pentru a ajunge la

cunoaștere, ci în faptul că problemele pe care se străduiesc să le înțeleagă și criteriile pe care le adoptă sunt destul de diferite. Una este preocupată să formuleze legi generale în termeni de probabilități, iar cealaltă să înțeleagă evenimentele singulare, specifice, în cât mai multe detalii posibile. Această distincție este centrală pentru întreaga argumentație.

Este limpede că, sub denumirea de „psihanaliză”, se străduiesc să existe și să se dezvolte două discipline complementare. În măsura în care încercăm să înțelegem principiile generale care explică dezvoltarea personalității și psihopatologia — aspect necesar în cazul în care, de exemplu, ne interesează să ajungem să știm ce forme de îngrijire a copilului tind să formeze anumite tipuri de personalitate — adoptăm criteriile științelor naturii. Și procedăm într-un mod similar atunci când încercăm să înțelegem trăsăturile esențiale ale terapiei eficiente. În aceste domenii, avem de-a face cu probabilități statistice. În măsura în care suntem preocupați să înțelegem problemele personale ale unui anumit individ și evenimentele care poate că au contribuit la evoluția acestora, o condiție necesară dacă dorim să-l ajutăm (deși departe de a fi suficientă), vom adopta criteriile științelor istoriei. Fiecare abordare contribuie la înțelegerea noastră; însă, așa cum am indicat în prelegerea precedentă, vom fi capabili să facem progrese numai dacă vom ști clar cărui domeniu îi corespunde fiecare aspect.

## Violența în familie

*În primăvara anului 1983 am fost invitat de către Association for the Advancement of Psychoanalysis să susțin cea de-a 31-a Prelegere anuală Karen Horney, în cadrul conferinței care avea loc la New York. Un motiv principal pentru care am ales ca temă violența în familie a fost acela că studiile care utilizau perspectiva teoriei atașamentului începeau să arunce o rază de lumină asupra unei probleme tragice însă neclare care, până de curând, trecuse aproape complet neobservată de către toți cei care activau în domeniul sănătății mentale, fără a mă exclude pe mine.*

### Introducere

Mi se pare că în calitate de psihanaliști și psihoterapeuți am răspuns extrem de târziu la problemele privind prevalența și consecințele extinse ale comportamentului violent dintre membrii unei familii, și în special ale violenței părinților. Ca temă în literatura psihanalitică și în programele de formare, aceasta s-a făcut remarcată prin absența ei. Cu toate acestea, acum există numeroase dovezi care indică faptul că este nu doar mai frecventă

132 decât am bănuir până acum, ci reprezintă și o cauză majoră care contribuie la o serie de sindroame psihiatrice supărătoare și derutante. Mai mult, din moment ce violența naște violență, violența în familie tinde să se transmită de la o generație la alta.

Motivul pentru care violența în familie ca factor cauzal în psihiatrie a fost atât de neglijată de către clinicieni — cu toate că, desigur, nu a fost neglijată de asistenții sociali — ar putea reprezenta un studiu în sine și nu poate fi abordat în această lucrare. Neglijarea studierii acestei probleme se datorează în mare măsură faptului că, în cercurile analitice, accentul s-a pus asupra fantasmei, existând o reținere în a examina impactul evenimentelor din viața reală. Încă din momentul în care Freud a făcut faimoasa lui întoarcere la 180 de grade (și în opinia mea această întoarcere a fost una dezastruoasă) atunci când a decis că seducția din copilărie pe care el o crezuse importantă din punct de vedere etiologic nu reprezenta nimic mai mult decât un produs al imaginației pacienților săi, s-a renunțat la ideea ca psihopatologia să fie atribuită experiențelor din viața reală. Așa cum se spune, nu este treaba unui psihanalist să ia în considerare modul în care un pacient a fost realmente tratat de către părinții lui, ca să nu mai vorbim de luarea în calcul a posibilității, poate chiar a probabilității, ca un anumit pacient să fi fost ținta unor cuvinte și acte violente din partea unuia sau a ambilor părinți. Mi s-a spus adesea că o concentrare a atenției asupra unor astfel de posibilități înseamnă să fim seduși de poveștile subiective ale pacienților noștri, să ne aliem de partea cuiva, să facem țapi ispășitori din părinți foarte decenti. Și în orice caz, se susține, a proceda astfel ar putea să nu fie în beneficiul pacientului, ar fi de fapt anti-terapeutic. Și deoarece comportamentul ostil al părinților față de copiii lor reprezenta un subiect tabu în cercurile

analitice atunci când mi-am început activitatea profesională, am decis să-mi orientez cercetările asupra efectelor pe care le au asupra copiilor evenimentele de un alt tip din viața reală, și anume separarea și pierderea.

Desigur, Karen Horney, în onoarea căreia ne întâlnim astăzi, nu a împărtășit aceste prejudecăți. Din contră, ea abordează destul de explicit această temă, atribuind multe dintre problemele pacienților ei influențelor adverse pe care aceștia le-au întâlnit în copilărie. Așa cum scrie în primele pagini ale cărții ei, *Neurosis and Human Growth* (1951) [Nevroza și dezvoltarea umană], aceste influențe adverse „se reduc la faptul că oamenii din jur sunt prea afundați în propriile lor nevroze pentru a fi capabili să iubească un copil sau chiar să-l vadă ca fiind un individ unic, distinct...”; și ea continuă să enumere câteva dintre numeroasele moduri în care, din nefericire, părinții exercită o influență nefastă asupra copiilor lor. Însă eu cunosc prea bine faptul că aceste opinii nu sunt întodeauna bine primite de către colegii ei.

Astăzi, scena se schimbă — cu toate că se schimbă mult prea lent. De exemplu, nicio persoană care are ochi să vadă nu mai poate avea vreo îndoială asupra faptului că prea mulți copii sunt loviți de părinții lor, fie verbal, fie fizic, fie în ambele moduri, sau asupra faptului că prea multe femei sunt lovite de către soț sau prieten. Mai mult, faptul că astăzi avem din ce în ce mai multe cunoștințe cu privire la tipurile de copilării pe care le-au trăit părinții înșiși poate să mai diminueze oroarea noastră față de acești părinți care se comportă în acest mod. Dacă oroarea pe care o provoacă actele lor este inevitabilă, o înțelegere mai bună a modului în care ei au ajuns să se comporte în aceste moduri violente trezește mai degrabă compasiune decât blamare. Departe de a-i considera pe părinți țapi ispășitori, dorim să-i ajutăm.

Départe de a refuza să vedem că părinții adoptă uneori un comportament îngrozitor, căutăm moduri de a ajuta victimele, atât pe părinți, cât și pe copii, atât din punct de vedere psihologic, cât și fizic. Mai presus de orice, căutăm moduri de a preveni dezvoltarea tiparelor de violență în familiile nou formate. Să sperăm că s-a dus vremea politicii strufului.

### Cadrul conceptual

În încercarea de a înțelege exemplele de violență extremă în familie, este util să abordăm pentru început ceea ce cunoaștem cu privire la situațiile mai moderate sau obișnuite în care membrii unei familii devin furioși unul față de celălalt. Copiii mici — și adesea și cei mai mari — sunt de obicei geloși datorită atenției pe care mama o dă nou-născutului. Într-un cuplu, iubiții se ceartă atunci când unul crede că celălalt se uită în altă parte — și acest lucru este valabil și după căsătorie. Mai mult, o femeie poate să se înfurie foarte tare pe copilul ei atunci când acesta face ceva periculos, cum ar fi să fugă în stradă; ea poate să se înfurie chiar și pe soțul ei, dacă acesta își riscă fără rost viața sau integritatea corporală. Astfel, nu punem la îndoială faptul că, atunci când se află în pericol o relație cu o persoană iubită într-un mod special, nu suntem doar anxioși, ci și furioși. Ca reacții la riscul unei pierderi, anxietatea și furia merg mână în mână. Nu degeaba aceste cuvinte au aceeași rădăcină etimologică<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> Conform Dicționarului Webster al limbii engleze, cuvintele *anxiety* (anxietate) și *anger* (furie) au la bază același termen, care provine din limba latină, și anume *angor*, care s-ar traduce prin agonie, neliniște sau durere. (cf. *Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language*, New York, Gramercy Books, 1996). (N.t.)

În situațiile prezentate mai sus, furia este adesea funcțională. Atunci când copilul sau partenerul de viață se comportă într-un mod care îl pune în pericol, un protest marcat de furie poate să descurajeze acel comportament. Atunci când unul dintre membrii unui cuplu se îndepărtează, un indiciu explicit, prin care celălalt își arată sentimentele de iubire profundă, poate să facă minuni. Atunci când un copil descoperă că este oarecum neglijat în favoarea nou-născutului, afirmarea categorică a pretențiilor sale ar putea să refacă echilibrul. Astfel, în situația potrivită, la momentul potrivit și în măsura potrivită, furia este nu numai adecvată, ci și indispensabilă. Ea servește la descurajarea comportamentului periculos, să alunge un rival sau să constrângă un partener. În fiecare caz, scopul furiei manifestate în comportament este același — să protejeze o relație care are o valoare specială pentru persoana furioasă.

Lucrurile stând astfel, este necesar să clarificăm motivul pentru care anumite relații specifice, denumite adesea relații libidinale<sup>22</sup>, ar trebui să devină atât de importante în viețile fiecăruia dintre noi.

În încercarea lui de a rezolva această problemă, Freud s-a inspirat din fizica și biologia vremii lui. Relațiile libidinale, susținea el, rezultau din nevoile de hrană și sexuale ale individului. Ulterior, pentru a explica unele dintre cele mai dificile manifestări ale furiei, el a părăsit sfera biologiei și a propus conceptul de pulsione de moarte. Aceste ipoteze, conceptualizate în termenii acumulării și descărcării energiilor psihice, au dus către o metapsihologie atât de îndepărtată de experiența și observațiile

<sup>22</sup> După Freud, primele alegeri obiectale au la bază satisfacerea pulsionilor primare. Astfel, prin „relații libidinale” se face referire în acest context la *cathexis* și *anaclisis*. (N.t.)



clinice, încât numeroși clinicieni de orientare psihanalitică au abandonat-o, implicit sau explicit. Una dintre reacțiile la vidul care a rezultat de aici a fost dezvoltarea unei școli de gândire care a decis nu numai să separe psihanaliza de biologie, ci și să renunțe complet la metoda științifică și, în loc de aceasta, să adopte hermeneutica. O altă reacție, contrară, a fost aceea de a cerceta principiile considerate utile în biologia modernă, principii total diferite de cele existente în vremea lui Freud, pentru a vedea dacă ele sunt în acord mai mare cu observațiile noastre clinice și dacă ar putea, prin urmare, să fie folosite pentru a construi o nouă metapsihologie, sau cadru conceptual, așa cum s-ar spune acum. Aceasta este calea pe care eu și alți specialiști în domeniu o urmăm.

Există trei tipuri de relații specifice, care dacă sunt amenințate pot declanșa furie: relațiile cu un partener sexual (prieteni/prietenă sau soț/sotie), relațiile cu părinții și relațiile cu copiii. Fiecare dintre aceste relații este încărcată de emoții puternice. Într-adevăr, la un grad ridicat, întreaga viață emoțională a unei persoane — caracteristica fundamentală a modului în care se simte — este determinată de starea acestor relații de lungă durată, care implică un angajament. Atâta vreme cât ele decurg bine, individul este mulțumit; atunci când sunt amenințate, el este anxios și probabil furios; atunci când le-a pus în pericol prin propriile sale acțiuni, se simte vinovat; atunci când se rup, se simte trist; și atunci când relațiile sunt reluate, individul se bucură.

Două ramuri ale biologiei moderne — etologia și teoria evoluționistă — ne ajută, într-un mod extrem de edificator, să înțelegem motivul pentru care starea acestor relații ar trebui să aibă un efect atât de profund asupra vieții emoționale a unui

individ. Nu numai că toate cele trei tipuri de relație avute în vedere pot fi regăsite și în cazul unor numeroase alte specii; toate trei au o legătură strânsă cu funcțiile biologice de reproducere și, în special, de supraviețuire a urmașilor. Prin urmare, este mai mult decât probabil că tendința puternică a ființei umane de a lega aceste relații profunde și durabile reprezintă rezultatul unei puternice predispoziții determinate genetic de a proceda astfel, predispoziție care s-a selecționat pe parcursul evoluției. Conform acestui cadru de referință, tendința puternică a unui copil de a se atașa de mama sau de tatăl lui sau de orice altă persoană care îl îngrijește poate fi înțeleasă ca având funcția de a reduce riscul ca el să fie vătămat. Să stai în strânsă apropiere, sau într-o situație de comunicare facilă, cu cineva care probabil te protejează, reprezintă cea mai bună poliță de asigurare posibilă. În mod similar, preocuparea unui părinte de a-și îngriji copilul are în mod evident funcția de a contribui la supraviețuirea copilului. Faptul că reușita în menținerea acestor relații durabile ar trebui să producă de obicei satisfacție și mulțumire, și că eșecul ar trebui să producă frustrare, anxietate și uneori disperare, reprezintă, în această interpretare, recompensele și insatisfacțiile selecționate pe parcursul evoluției, care ne orientează activitățile.

Sunt de părere că putem înțelege tocmai din cadrul acestei perspective evoluționiste modul în care comportamentul caracterizat de furie dintre membrii unei familii poate fi adesea funcțional. Deoarece, așa cum am menționat mai devreme, în situația potrivită, la momentul potrivit și în măsura potrivită, furia poate servi la menținerea acestor relații durabile, importante și vitale. Însă, așa cum este foarte ușor de văzut, furia poate fi exagerată. Ipoteza mea este pur și simplu aceea că mare parte din



violența dezadaptativă întâlnită în familii poate fi înțeleasă ca reprezentând variante denaturate și exagerate ale unui comportament care are un potențial funcțional, în special ale comportamentului de atașament, pe de o parte, și ale comportamentului de parentaj, pe de altă parte.

Există acum foarte multe lucrări care abordează natura legăturii copilului cu mama lui, la care s-a făcut referire în mod tradițional prin dependență, și care acum este concepută în termeni de atașament și căutarea protecției. Însă în termeni generali, comportamentul de atașament apare doar la unul dintre indivizi, de obicei la cel care este mai puțin capabil să se adapteze, prin menținerea proximității față de și/sau prin comunicarea cu un alt individ, care este privit ca fiind mai capabil să se adapteze. Acest comportament este declanșat în special de durere, oboseală sau orice altceva care produce frică, și de asemenea de faptul că persoana care oferă protecție este sau pare a fi inaccesibilă. Cu toate că este privit ca fiind în parte pre-programat, există acum numeroase dovezi care susțin faptul că tiparul specific sub care se organizează comportamentul de atașament pe parcursul dezvoltării este influențat foarte mult de modul în care principalele persoane care oferă îngrijire unui copil reacționează față de acesta, aceste persoane fiind în marea majoritate a cazurilor mama sau tatăl. Pe scurt, pare limpede că îngrijirea caracterizată de sensibilitate și iubire face ca într-un copil să se dezvolte încrederea că ceilalți îl vor ajuta atunci când el va cere acest lucru; astfel, copilul devine din ce în ce mai încrezător în sine și curajos atunci când explorează lumea înconjurătoare, cooperant cu ceilalți și, de asemenea — un aspect foarte important — empatic și capabil să ofere ajutor altor persoane aflate într-o stare de disconfort. Pe de altă parte, atunci când

comportamentului de atașament al unui copil i se răspunde cu întârziere sau cu neplăcere și când este privit ca o pacoste, este probabil ca el să se atașeze într-un mod anxios, adică neliniștit ca nu cumva persoana care îl îngrijește să fie absentă sau să nu îl ajute atunci când are nevoie; prin urmare, copilul se împotrivește să o lase să plece, se supune cu neplăcere și anxietate, și nu îl preocupă problemele celorlalți. În plus, în cazul în care persoanele care îl îngrijesc îl resping într-un mod evident, este probabil ca el să dezvolte un tipar comportamental în care evitarea lor se află în conflict cu dorința lui de apropiere și îngrijire, și în care se poate accentua comportamentul caracterizat de furie. Voi detalia acest aspect mai târziu.

Un aspect suplimentar referitor la comportamentul de atașament pe care doresc să-l subliniez este acela că el reprezintă o trăsătură caracteristică naturii umane pe parcursul întregii noastre vieți — din leagăn și până în mormânt. Așa cum se știe, comportamentul de atașament este de obicei mai puțin intens și mai puțin solicitant în cazul adolescenților și al adulților, în comparație cu copiii mai mici. Cu toate acestea, o dorință imperioasă de iubire și îngrijire este destul de naturală atunci când o persoană este anxioasă sau stresată. Prin urmare, asistăm la o situație nefericită atunci când, datorită teoriilor care induc în eroare, adjective peiorative precum „infantil” sau „regresiv” sunt atât de larg răspândite în cercurile clinice. Acestea sunt cuvinte pe care eu nu le folosesc niciodată.

În timp ce studiul sistematic al comportamentului de atașament și în special al condițiilor care influențează modul în care acesta se dezvoltă a progresat în ultimele două decenii, studiul sistematic al îngrijirii, sau parentajului, și al modului în care acesta se dezvoltă se află abia la început. Abordarea pe care o

consider a fi cea mai promițătoare este tot una etologică. Aceasta presupune că la oameni, ca și la alte specii, comportamentul de parentaj, asemenea comportamentului de atașament, este într-o oarecare măsură pre-programat, și prin urmare este gata să se dezvolte în anumite direcții atunci când condițiile îl declanșează. Acest lucru înseamnă că într-un curs normal de evenimente, părintele unui bebeluș trăiește o nevoie imperioasă de a se comporta în anumite moduri caracteristice, de exemplu, să lege copilul, să-l aline atunci când plânge, să-l încălzească, să-l protejeze și să-l hrănească. Desigur, un astfel de punct de vedere nu sugerează faptul că, încă de la început, tiparele comportamentale adecvate se manifestă într-o formă completă, în fiecare detaliu. Este evident că nu se întâmplă așa, nici la om, nici la alte specii de mamifere. Fiecare detaliu este învățat, unele dintre ele pe parcursul interacțiunii cu bebelușii și copiii, mare parte din ele prin observarea modului în care alți părinți se comportă, începând cu perioada propriei copilării a viitorului părinte și cu modul în care părinții lui l-au tratat pe el și pe frații lui.

## Rezultate ale cercetărilor

Pentru a aborda ceea ce se cunoaște acum cu privire la indivizii implicați în violența în familie și circumstanțele în care acest lucru se întâmplă, voi începe prin a discuta cazul femeilor care își agresează fizic copiii și, ulterior, voi discuta despre efectele pe care aceste agresiuni le au asupra copiilor. Motivul pentru care procedez în acest fel este acela că în aceste două arii rezultatele cercetărilor par a fi cele mai potrivite în cadrul acestei discuții. Și în lumina acestor descoperiri, putem începe să luăm în

considerare aspectele pe care le cunoaștem cu privire la bărbații care își lovesc soțiile sau copiii, o problemă la fel de importantă, însă care, în prezent, este mai puțin studiată.

Rezultatele numeroaselor studii asupra femeilor despre care se știe că își lovesc copiii dau dovadă de un nivel de concordanță foarte ridicat (a se vedea trecerea în revistă realizată de Spinetta și Rigler, 1972). Cu toate că abuzul asupra copilului este probabil mai des întâlnit în cadrul familiilor cu un statut socio-economic mai scăzut, acesta poate să aibă loc și în cadrul familiilor de clasă medie, unde, probabil, este ascuns în spatele unei fațade de perfectă respectabilitate.

La suprafață, indivizii care abuzează variază de la a fi rece, rigid, obsesional și critic la a fi pasiv, nefericit și dezorganizat. Cu toate acestea, din punct de vedere emoțional, ei au multe în comun. Rapoartele cercetărilor arată că printre trăsăturile întâlnite cel mai frecvent la mamele abuzive se numără următoarele: fiind predispuse la perioade de anxietate intensă marcate de izbucniri de furie violentă, se spune despre ele că sunt impulsive și „imature”. Cu toate că „nevoile lor de dependență” sunt descrise ca fiind deosebit de puternice, ele au extrem de puțină încredere în oameni și, prin urmare, sunt incapabile sau nu doresc să aibă relații apropiate. Din punct de vedere social, ele sunt izolate. Neavând pe nimeni pe care să se bazeze, multe dintre ele caută îngrijire și alinare la unul dintre propriii copii, pe care îl tratează ca și când acesta ar avea o vârstă mult mai mare decât cea pe care o are de fapt (Morris și Gould, 1963).

În ceea ce privește experiențele din copilărie, mulți cercetători au observat că majoritatea acestor femei au avut o copilărie nefericită și, așa cum afirmă doi cercetători, ele „au fost private de îngrijirea de bază din partea mamei” (Steele și Pollock,

1968). Unele dintre aceste femei au fost ele însele bătute în copilărie<sup>23</sup>.

Pentru cei care gândesc în termenii teoriei atașamentului, primul lucru care le apare în minte se referă la faptul că aceste femei suferă de un grad extrem de atașament caracterizat de anxietate și, prin urmare, o trăsătură comună a copilăriilor lor ar fi aceea că au trăit experiența unor separări îndelungate sau repetate și/sau a unor amenințări repetate că vor fi abandonate. Aceste ipoteze sunt acum testate într-un studiu relativ mic, întreprins de Pauline DeLozier (1982), la Los Angeles. Eșantioanele pe care ea le studiază sunt compuse dintr-un număr de 18 muncitoare despre care se cunoaște faptul că și-au agreat fizic copiii, și încă 18 femei din aceeași clasă socio-economică și cu aceeași vârstă (cele mai multe având în jur de 30 de ani) și cu același număr de copii, dar care nu s-au comportat așa cu copiii lor. Toți subiecții au fost supuși unui interviu semi-structurat și solicitării de a completa un chestionar, și au fost testați cu Hansburg Separation Anxiety Test [Testul Hansburg de anxietate la separare] (Hansburg, 1972). În cadrul acestui test, sunt prezentate o succesiune de imagini care arată fie un copil care își părăsește părinții, fie părinți care își părăsesc copilul, iar subiectul este invitat să descrie ceea ce ar simți și ar face dacă ar fi în situația respectivă.

<sup>23</sup> Într-un studiu condus de Baldwin (1977) asupra a 38 de copii care au fost supuși la un abuz fizic extrem de grav, două cincimi dintre părinții acestora fuseseră ei înșiși supuși la abuzul fizic în copilărie; jumătate dintre acești părinți au fost supuși la abuzul fizic grav sau la abuz psihic îndelungat. Baldwin atrage atenția asupra tendinței evidente la numeroși dintre acești părinți de a face, în cadrul interviului, generalizări largi legate de copilăria lor, prezentând o imagine idealizată, care se află în contrast cu episoadele șocante pe care le descriu atunci când sunt puse întrebări detaliate. În acest domeniu, este posibil ca terapeuții și interviatorii neexperimentați să fie mult induși în eroare.

Rezultatele la Separation Anxiety Test au arătat, așa cum era de așteptat, că majoritatea mamelor abuzive erau extrem de sensibile la orice tip de situație de separare, chiar și cele cotidiene și obișnuite, prezentând răspunsuri care sugerau niveluri ridicate de anxietate și/sau furie. În plus, răspunsurile au arătat că, în timp ce aceste femei tânneau după grijă, ele se așteptau numai la respingere. Totodată, a existat un procent ridicat de răspunsuri care indicau preocuparea, marcată de anxietate, pentru binele părinților, aspect care a susținut o altă ipoteză inițială. În grupul de control, procentajul referitor la aceste caracteristici a fost în mod semnificativ mai scăzut, cu toate că nu a fost neglijabil. De exemplu, în timp ce 12 din 18 mame abuzive au fost evaluate ca prezentând cel mai înalt grad de atașament caracterizat de anxietate, doar două mame din grupul de control au primit acest punctaj.

În ceea ce privește experiențele din copilărie ale acestor femei, rezultatele, pe baza datelor raportate în interviuri și chestionare, au susținut câteva dintre ipotezele inițiale, dar, cu toate acestea, nu au susținut alte ipoteze. De exemplu, prin prisma rapoartelor precedente, DeLozier se așteptase să descopere o incidență semnificativ mai mare a separării de părinți în copilărie la aceste mame abuzive, însă acest lucru nu s-a dovedit. Totuși, s-a confirmat ipoteza ei că o mare parte dintre aceste femei ar fi trăit experiența amenințărilor repetate cu abandonul, o descoperire correlată cu opinia că amenințările repetate cu abandonul sunt la fel de patogene ca și separările reale, și poate chiar mai mult decât atât (Bowlby, 1973). Într-un mod similar, cu toate că violența reală a unui părinte se pare că nu reprezentase o caracteristică comună, multe dintre mamele abuzive fuseseră în mod repetat amenințate că vor fi bătute, mutilate sau chiar omorâte.

O altă caracteristică frapantă a copilăriilor mamelor abuzive, care se afla de asemenea în concordanță cu așteptările, era aceea că doar o mică parte dintre ele (un număr de șapte) simțiseră că se puteau întoarce către mama lor pentru a cere ajutorul într-o stare de distres. Printre cele care nu simțeau acest lucru, au existat câteva care au menționat existența unei alte persoane, o rudă sau vecin, care le oferea ajutor; însă patru femei dintre cele 18 nu știuseră pe absolut nimeni care să facă acest lucru. Printre femeile care constituiau grupul de control, toate, cu excepția a trei dintre ele, simțiseră că se puteau întoarce către mama lor, și fiecare dintre celelalte trei cunoșteau cel puțin încă o persoană către care să se îndrepte.

Astfel, spre deosebire de fetele care cresc într-o familie obișnuită, destul de fericită, și care se pot baza pe mamele lor într-o situație de urgență, o mare parte dintre aceste femei nu au avut niciodată parte de această experiență. Într-adevăr, și din nou, așa cum era de așteptat, pentru multe dintre ele relația mamă-fiică fusese inversată, și ele au fost cele de la care s-a așteptat să aibă grijă de părinte<sup>24</sup>.

Date fiind experiențele din copilărie ale acestor femei, nu este greu să înțelegem motivul pentru care ele au ajuns să fie în acest fel. Un copil care este amenințat că va fi abandonat devine extrem de anxios în orice situație de separare, oricât de obișnuită ar părea această situație pentru alte persoane; acest copil devine de asemenea extrem de furios pe părintele lui, pentru că l-a amenințat cu abandonul. Mai mult, eșecurile în a-i răspunde cu ajutor unui copil aflat într-o situație de distres,

<sup>24</sup> Studiul lui DeLozier a fost acum repetat de Mitchell (se află în curs de elaborare). Eșantioanele din studiul lui Mitchell sunt constituite din mame americane de origine mexicană și au fost obținute rezultate similare.

combinat cu respingerile repetate și impulsive, îl determină pe acesta să fie profund suspicios față de toți ceilalți. Așadar, cu toate că tânjește în permanență după iubirea și îngrijirea de care nu a avut parte niciodată, el nu are încredere că le va primi vreodată; și va privi cu neîncredere orice ofertă ar putea primi. Prin urmare, nu este de mirare că, atunci când o femeie cu acest tip de istoric devine mamă, există situații în care, în loc să fie pregătită să-și îngrijească copilul, ea așteaptă ca acel copil să o îngrijească pe ea. De asemenea, nu este de mirare că, atunci când copilul ei nu reușește să o mulțumească și începe să plângă, solicitând îngrijire și atenție, ea devine nerăbdătoare și se enfurie pe el.

Cred că atacurile violente ale mamei asupra unui copil pot fi înțelese chiar prin prisma acestui tip de istoric. Cu toate că nu am avut niciodată în terapie o femeie care chiar să-și fi agreat fizic copilul, am avut o pacientă care fusese periculos de aproape de acest mod de comportament.

Motivul pentru care am început să o văd pe această femeie, pe care o voi numi dna Q, era acela că medicul de la clinica de pediatrie infantilă la care mergea era îngrijorat de fiul ei, în vârstă de 18 luni; el refuza să mănânce și pierdea în greutate. Când i-am văzut pe mamă și copil împreună, a fost instantaneu evident faptul că dna Q era foarte anxioasă și depresivă și avea această stare de când se născuse băiatul ei. În urma interviurilor am aflat că dna Q era îngrozită de faptul că fiul ei ar putea să moară și, prin urmare, îl cicălea ca să mănânce. Mi-a spus de asemenea că, uneori, îi venea să-și arunce copilul pe fereastră. Abia mult mai târziu mi-a relatat că uneori devenea isterică, spărgea farfuriile și lovea căruciorul copilului. Îi era foarte frică să vorbească cu mine și avea convingerea că îi voi răspunde cu furie.

La sugestia mea, a început o psihoterapie, cu o frecvență de o ședință pe săptămână.

Povestea copilăriei ei, pe care mi-a relatat-o în fragmente, fără nicio tragere de inimă însă întodeauna cu onestitate, era una despre care acum știu că este tipică. Își amintea că părinții ei se certau foarte tare, se agresau unul pe celălalt, fiecare amenințând că-l va ucide pe celălalt, și că mama ei crea în mod repetat o stare de tensiune în familie, amenințând că îi va părăsi. De două ori, când s-a întors de la școală, dna Q și-a găsit mama cu capul în cuptorul care funcționa cu gaz metan; alteori, mama se prefăcea că-și părăsea familia, dispărând câte o jumătate de zi. Bineînțeles că dna Q a crescut cu groaza că dacă face ceva greșit, mama va pleca. Mai mult, lucrurile deveneau cu atât mai greu de suportat cu cât mama ei insistă ca fiica ei să nu sufle nicio vorbă despre aceste incidente terifiante vreunei persoane din afara familiei.

Dna Q, care înainte să se căsătorească fusese un tehnician talentat, era acum cunoscută ca fiind o vecină dispusă oricând să ofere ajutor, și făcea tot ce-i stătea în putință pentru a fi o mamă și o soție bună — lucruri care, în cea mai mare parte, îi reușiseră. Cu toate acestea, ea se simțea supusă acestor izbucniri violente și distructive, care o înfricoșau și o confuzionau, și în legătură cu care ea resimțea un sentiment puternic de rușine.

După un timp nu am mai avut îndoieli în privința faptului că accesele de furie puteau fi înțelese ca manifestări ale furiei intense care, provocate inițial și de-a lungul multor ani de amenințările repetate ale mamei ei că își va abandona familia, încă din primii ani ai vieții ei fusese îndreptată către ținte mai puțin periculoase, ocolind-o pe mama ei. Fiindu-i groază atunci, ca și mai târziu, să-și exprime vreodată furia în mod direct, a

redirecționat-o<sup>25</sup> către ceva sau cineva care nu putea să riposteze. Dna Q își amintea cum, copil fiind, se retrăgea uneori în camera ei și își lovea păpușile. Acum, erau vasele din bucătărie, căruciorul copilului și aproape (deși nu încă) și copilul. Fiecare izbucnire era declanșată, bănuiesc, de mama ei care, dominatoare și intruzivă ca întodeauna, încă își vizita fiica în fiecare zi.

Această explicație se potrivește cu realitatea pe care o observăm și are calitatea, care nu este întotdeauna apreciată în cercurile clinice, de a fi simplă. Nu este de mirare că și alți profesioniști în domeniu au propus-o (de exemplu, Feinstein, Paul și Pettison, 1964). În alte cazuri, este clar, un soț și-a abuzat soția într-un mod violent, iar ea, furioasă și violentă la rândul ei, a redirecționat această furie către copilul lor.

Ajungând acum la efectele asupra dezvoltării personalității copiilor care sunt agresati, trebuie să reținem faptul că agresiunile fizice nu sunt singurele episoade de ostilitate din partea părinților pe care acești copii le-au trăit. În foarte multe cazuri agresiunea fizică reprezintă doar vârful aisbergului — semnele manifeste ale episoadelor repetate de respingere însoțită de furie, verbală sau fizică. Prin urmare, în cele mai multe cazuri efectele psihologice pot fi privite ca reprezentând rezultatul permanentei respingeri ostile și a neglijării. Cu toate acestea, experiențele trăite de fiecare copil în parte pot să difere enorm. Unii, de exemplu, pot să aibă parte de o îngrijire relativ bună și doar arareori să suporte o izbucnire violentă din partea unui părinte. Din aceste motive, nu este surprinzător faptul că dezvoltarea

<sup>25</sup> Deoarece este mai puțin ambiguu, consider că termenul „redirecționare” provenit din etologie este preferabil echivalentului său clinic „deplasare”. Redirecționarea comportamentului ostil față de un animal mai dominant este bine cunoscut în cazul altor specii.

148 socio-emoțională a copiilor de asemenea variază. Aici prezint descoperiri care par să fie destul de tipice.

Cei care au observat astfel de copii în familiile lor sau în alte locuri îi descriu în diverse moduri, ca fiind depresivi, pasivi și inhibați, ca „dependenți” și anxioși, sau furioși și agresivi (Martin și Rodeheffer, 1980). Gaensbauer și Sands (1979), care susțin acest punct de vedere, arată cât de supărător poate să fie un astfel de comportament pentru o persoană care oferă îngrijire. Copiii nu reușesc să participe la jocuri și nu dau dovadă că le place acest lucru, sau arată că le place prea puțin. Manifestarea emoțiilor este adesea atât de subtilă, încât este ușor de trecut cu vederea, sau poate fi ambiguă și contradictorie. Un copil poate să plângă pentru mult timp și să nu reacționeze la încercările celorlalți de a-l alina; sau poate să se înfurie cu ușurință și foarte tare, și acest lucru să nu înceteze prea ușor. Odată ce se instituie, aceste tipare tind să persiste.

O chestiune mult dezbătută în literatura de specialitate se referă la gradul în care nașterea prematură a copilului, sănătatea precară sau temperamentul dificil ar putea să contribuie la problemele mamei și, prin urmare, să conducă la faptul că bebelușul este îngrijit într-un mod precar. În unele cazuri acești factori joacă un anumit rol, însă acest lucru se întâmplă numai atunci când mama reacționează într-un mod defavorabil față de copil, și, prin urmare, pune bazele unui cerc vicios<sup>26</sup>. Desigur, o astfel de succesiune are toate șansele să survină în cazul în care mama

<sup>26</sup> Există acum dovezi clare care arată că, dacă sunt îngrijiiți cu sensibilitate, copiii dificili se dezvoltă într-un mod favorabil, existând foarte puține excepții (Sameroff și Chandler, 1975); la fel, dovezile existente arată că un copil care ar putea să nu prezinte dificultăți poate să se dezvolte nefavorabil în cazul unei îngrijiri lipsite de sensibilitate (Sroufe, 1983).

149 a avut o copilărie dificilă, în urma căreia prezintă perturbări emoționale, și dacă nu a beneficiat (sau a beneficiat prea puțin) de sprijin emoțional sau de ajutor după nașterea copilului.

Adeseori, un copil abuzat manifestă față de părintele lui o atitudine șocantă, caracterizată printr-o vigilență încremenită, fiind excesiv de atent la ceea ce s-ar putea întâmpla. Însă unii pot și să manifeste o sensibilitate neobișnuită față de nevoile părinților lor (Malone, 1966). Există, de fapt, multe motive să credem că unii copii învață devreme că este posibil să calmeze o mamă cu probleme și posibil violentă, oferind atenție constantă dorințelor ei<sup>27</sup>.

În creșe, copiii care au fost agresați fizic sunt cunoscuți pentru faptul că le este greu să lege relații, fie cu îngrijitoarele, fie cu alți copii, dar și pentru faptul că sunt foarte agresivi. În ultimii ani, aceste observații au fost confirmate și extinse prin cercetări mai sistematice, care s-au concentrat atât asupra tiparelor de comportament specifice manifestate, cât și asupra detaliilor situațiilor în care fiecare apare. Rezultatele prezentate mai jos derivă dintr-un studiu întreprins la Berkeley de către Main și George (George și Main, 1979; Main și George, 1985).

Scopul lor era să compare într-o creșă comportamentul manifestat de două grupuri de copii, cu vârsta cuprinsă între 1 și 3 ani. Un grup era constituit din zece copii despre care se știa că erau agresați fizic de un părinte. Celălalt grup era constituit din zece copii selectați datorită unor variabile relevante, dar care nu erau agresați; totuși, aceștia fuseseră plasați în creșe specializate

<sup>27</sup> Pentru această idee îi sunt îndatorat lui Pat Crittenden (discuție personală), care a observat astfel de comportamente liniștitoare la copii mici abuzați, unii dintre ei având mai puțin de doi ani. Un comportament similar a fost observat și la copiii mici ale căror mame suferă de depresie gravă (Pound, 1982).

150 în îngrijirea copiilor proveniți din familii în care exista o atmosferă stresantă. În vederea obținerii datelor necesare studiului, fiecare copil a fost observat timp de patru intervale a câte 30 de minute, în patru zile diferite, într-o perioadă de trei săptămâni. Observatorilor li s-a solicitat să înregistreze toate comportamentele relevante din punct de vedere social, incluzând mișcările subtile precum întoarcerea capului sau retragerile.

În urma examinării datelor obținute, comportamentul social al copiilor a fost clasificat în patru categorii: apropiere, evitare, apropiere-evitare și agresiune. De asemenea, acest comportament a fost clasificat în funcție de persoana față de care era manifestat — un alt copil sau un îngrijitor. O altă distincție a fost făcută între comportamentul inițiat de copilul observat și comportamentul care a apărut ca reacție la apropierea prietenoasă inițiată de un alt copil sau de un adult. Rezultatele au fost exprimate în termenii numărului mediu de apariții ale unui anumit tip de comportament manifestat de copiii din ambele grupuri, raportat la numărul de copii din fiecare grup care a manifestat acel tip de comportament.

În ceea ce privește situațiile în care un copil inițiază contactul social cu un alt copil sau cu un îngrijitor, nu au fost observate diferențe semnificative între copiii din cele două grupuri. Au fost observate însă diferențe foarte mari în ceea ce privește modurile în care copiii răspundeau la apropierea prietenoasă inițiată de celălalt. Răspunsurile caracteristice copiilor abuzați erau fie să fugă evitând acțiunea, fie să manifeste *atât* apropiere, *cât și* evitare; fie într-o succesiune rapidă a acestor manifestări, fie o oarecare îmbinare a celor două. Exemplele sunt: „ea merge de-a bușilea către el, însă brusc se întoarce” sau „se târăște către îngrijitor, dar cu capul întors”. Astfel, în cazul în care cel care ini-

ția acțiunea era îngrijitorul, copiii abuzați prezentau o tendință de trei ori mai mare decât cea a copiilor din grupul de control să încerce să evite acțiunea; în timp ce șapte dintre ei, în comparație cu unul singur din grupul de control, au manifestat combinația interesantă de alternare a apropierii cu evitarea. Când acțiunile erau inițiate de alți copii, diferențele au fost și mai semnificative. De exemplu, în timp ce niciunul dintre copiii din grupul de control nu a manifestat comportamentul de tip apropiere-evitare, toți cei zece copii abuzați l-au manifestat.

Comportamentul agresiv a fost destul de des întâlnit în ambele grupuri de copii, cu toate că, așa cum se așteptaseră cercetătorii, acesta a fost semnificativ mai des întâlnit în grupul de copii abuzați. Copiii abuzați nu numai că îi agresau pe ceilalți copii de două ori mai mult decât cei din grupul de control, dar cinci dintre ei au agresat sau au amenințat cu agresiunea un adult, comportament care nu a fost observat în grupul de control. În plus, copiii abuzați s-au remarcat printr-un tip extrem de neplăcut de agresiune, denumit „hărțuire” (Manning, Heron și Marshall, 1978). Acesta constă într-un comportament răutăcios care pare să aibă ca unică intenție să determine victima să-și manifeste disconfortul. Aproape întotdeauna apare brusc, fără vreo cauză evidentă, și astfel se află în contrast cu ostilitatea care apare ca reacție la o provocare. Astfel de atacuri, care apar în mod imprevizibil, din senin, produc frică și invită la răz bunare. În ceea ce privește această ultimă situație, studiile clinice indică faptul că atacurile sunt îndreptate în special către un adult de care copilul ajunge să fie atașat.

Privind comportamentul astfel descris, nu este de mirare când descoperim că acești copii abuzați sunt deosebit de lipsiți de compasiune față de copiii de aceeași vârstă aflați într-o situație

151



de disconfort. Studiile întreprinse de Zahn-Waxler și Radke-Yarrow indică faptul că bebelușii și preșcolarii care au părinți iubitori și grijulii își exprimă de obicei grija în situația în care un alt copil este în stare de stres, și adesea fac mișcări pentru a-l liniști (Zahn-Waxler, Radke-Yarrow și King, 1979). Acest tip de comportament a fost observat cel puțin o dată la cinci dintre copiii din grupul de control din studiul întreprins de Main și George; însă copiii abuzați nu au dat niciun semn în sensul acestui tip de comportament, în nicio situație. În schimb, spre deosebire de copiii din grupul de control, copiii abuzați au reacționat manifestând o oarecare combinație de teamă, stres sau furie; iar trei dintre acești copii au avut un comportament ostil față de copilul care plângea. De exemplu, un băiețel de 2 ani și 8 luni i-a dat o palmă unei fetițe care plângea, strigând încontinuu „Încetează, încetează!”. Apoi a început să o lovească ușor pe spate, iar mai târziu să rânjească la ea; înainte ca cineva să poată interveni, această lovire ușoară s-a transformat în bătaie.

Motivul pentru care dau atât de multă atenție acestor observații făcute asupra copiilor mici va fi, sunt sigur, evident. Aceste observații arată cu o deosebită claritate cât de devreme se instituie anumite tipare caracteristice de comportament social — unele promițătoare pentru viitor, altele nu. De asemenea, aceste observații arată cu claritate ce tipuri de experiență trăită în cadrul familiei va influența dezvoltarea personalității copilului într-o direcție sau alta. Observăm de nenumărate ori anumite detalii din comportamentul unui copil mic, sau din spusele lui, detalii care reprezintă copii exacte și evidente ale modului în care acel copil a fost tratat la rândul lui. Într-adevăr, tendința de a-i trata pe ceilalți în același mod în care noi înșine am fost tratați reprezintă o trăsătură profundă a naturii umane; iar acest mod nu este

153  
nicicând mai evident decât în primii ani de viață. Părinți, luați aminte!

Pentru a avea dovezi solide cu privire la modul în care acești copii se dezvoltă, trebuie să așteptăm un studiu longitudinal care să fie structurat într-un mod adecvat. Există dovezi care indică faptul că, dacă se îmbunătățesc condițiile de îngrijire, unii copii se recuperează suficient pentru a fi considerați normali (Lynch și Roberts, 1982); alții, însă, nu. Unii dintre ei au suferit vătămări cerebrale grave și ajung să primească un diagnostic de handicap mental (a se vedea Martin și Rodeheffer, 1980). Pentru mulți alții, condițiile de îngrijire adverse continuă. Mai mult, odată ce un copil dezvoltă tipurile de comportament dezagreabile descrise anterior, nu este ușor pentru un adult, indiferent dacă acesta este părinte, asistent maternal sau specialist în domeniul sănătății mentale, să-l îngrijească tot timpul cu afecțiunea de care are nevoie, iar psihoterapia cu acești copii este extrem de dificilă. În special atacurile bruște și neprovocate, care în cazul copiilor mai mari pot cu ușurință să producă pagube, sunt greu de suportat.

Așa cum știm, unii dintre acești copii care suferă tulburări emoționale ajung în clinicile de psihiatrie; am bănuială că, acolo, originea tulburării lor este adesea nerecunoscută. Printre cei care au tratat astfel de copii, unii dintre aceștia fiind psihotici, și care au depistat sursa problemelor lor, se numără Stroh (1974), Bloch (1978) și Hopkins (1984). Fiecare dintre acești specialiști menționează gradul extrem de ambivalență care este de așteptat: într-un moment copilul îmbrățișează terapeutul, iar în următorul moment îl lovește. Unii dintre acești copii, majoritatea de sex masculin, când ajung adolescenți sau adulți tineri, ajung să primească un diagnostic de psihopatie agresivă și /sau delincvență violentă (a se vedea, de exemplu, Farrington, 1978). Alți



copii din această categorie, probabil în special de sex feminin, ajung să primească diagnosticul de tulburare de personalitate multiplă (Bliss, 1980). Vor fi identificate multe alte cazuri în momentul în care psihiatrii își vor da seama de efectele profunde și extinse ale abuzului și respingerii suferite în copilărie, și de măsura în care informațiile relevante sunt reprimite și falsificate de părinți sau trecute cu vederea de către clinicieni.

Un număr foarte mare de copii care au fost respinși și abuzați ajung să perpetueze, atunci când cresc, acest ciclu de violență în cadrul familiei, prin faptul că ei continuă să răspundă în situațiile sociale prin aceleași tipare de comportament pe care le-au format pe parcursul copilăriei mici.

Frodi și Lamb (1980) au descoperit un tip de răspuns care pare să fie caracteristic multor părinți abuzivi, răspuns pe care l-am menționat deja ca fiind caracteristic copiilor abuzați. Într-un studiu de laborator, în cadrul căruia erau prezentate filme cu bebeluși care plângeau, s-a descoperit că mamele abuzive răspundeau la această situație cu mai puțină compasiune, decât un grup de mame ne-abuzive; mamele abuzive reacționau, de asemenea, cu mai multă iritare și furie. Mai mult, răspunsuri adverse similare au fost manifestate de mamele abuzive chiar și atunci când le erau prezentate imagini video cu bebeluși care zâmbeau, lucru care sugerează că le displăcea orice formă de interacțiune cu un bebeluș.

Haideți să ne întoarcem acum, poate puțin cam târziu, la comportamentul acelor bărbați care își tratează cu ostilitate prietena sau soția.

Doi dintre colegii mei de la Tavistock, asistenți sociali, Janet Mattinson și Ian Sinclair (1979), prezintă cazul unui bărbat, dl S,

care era în stare să-și agreseze soția, într-un mod inexplicabil și imprevizibil. În momentul în care el solicitase consultația, soția lui tocmai îl părăsise; ea tocmai îl născuse pe primul lor copil. Cu toate că, inițial, a avut ezitări, dl S a început destul de repede să-i spună asistentului social cât de mult se temea de propria lui violență. Spunea că își iubea soția și simțea că acel comportament violent era destul de nejustificat, aproape la limita nebuniei. Ulterior, relatând aspecte din copilărie, a menționat că era membru al unei familii numeroase din clasa muncitoare, în cadrul căreia a avut parte de un tratament aspru și lipsit de compasiune. Părinții lui, a spus el, se implicau adesea în certuri violente. Explorând în următoarele interviuri modul în care s-a simțit în copilărie, luptându-se pentru a primi iubirea de care nu a avut parte niciodată, el a fost frapat de ideea că sentimentele lui erau probabil o combinație între furie și disperare. A spus că i se pare că această idee are sens: s-a eliberat de frica referitoare la faptul că violența lui era inexplicabilă. S-a observat că izbucnirile pe care le avusese și care duseseră la plecarea soției lui au survenit la puțin timp după nașterea copilului. Din moment ce știm deja din alte studii (de exemplu Marsden și Owens, 1975) că violența unui soț poate să fie de multe ori provocată de gelozia intensă pe care o simte pentru că soția acordă mai multă atenție copiilor, este foarte posibil ca izbucnirile dlui S să fi fost declanșate de nașterea copilului.

Se pare că izbucnirile violente, bruște și aparent inexplicabile, similare cu cele ale domnului S, sunt caracteristice unui număr considerabil de bărbați care își bat soțiile; de exemplu, astfel de situații au apărut în cinci din 19 cazuri studiate de Marsden și Owens (1975). O serie de descoperiri sprijină ipoteza conform căreia majoritatea acestor bărbați au fost tratați dur

156 și au fost bătuți în copilărie. În cadrul unui studiu, (Gayford, 1975) informațiile oferite de soțiile acestor bărbați au indicat faptul că 51 din 100 de bărbați violenți au fost la rândul lor bătuți atunci când erau copii. Mai mult, 33 din cei 100 de bărbați fuseseră deja condamnați datorită altor infracțiuni cu violență și, așa cum s-a menționat deja, studiile arată că cei mai mulți dintre infractorii violenți provin din familii în care ei au fost supuși unui tratament crud și brutal (Farrington, 1978).

De asemenea, descoperim că multe dintre soțiile care sunt bătute provin din familii dezorganizate și în care au fost respinse, iar o parte dintre ele au fost bătute în copilărie (Gayford, 1975). Aceste experiențe le-au determinat să plece de acasă încă din adolescență, legându-se de primul bărbat întâlnit, bărbat care, adesea, avea un istoric asemănător, și rămânând în scurt timp însărcinate. Pentru o fată nepregătită și care prezintă un atașament caracterizat de anxietate, faptul că trebuie să aibă grijă de un bebeluș poate crea nenumărate probleme; mai mult, atenția pe care ea o acordă bebelușului provoacă o gelozie intensă în partenerul ei. Acestea sunt câteva dintre procesele prin care ajunge să fie perpetuat un ciclu de violență inter-generațional.

Haideți să ne întoarcem acum la studiul întreprins de Mattinson și Sinclair (1979), care prezintă tipare de interacțiune pe care ei le-au descoperit a fi comune în anumite familii.

Interviurile cu dl S au făcut parte dintr-un studiu întreprins cu scopul de a afla mai multe lucruri referitoare la ceea ce se întâmplă în tipul de familie caracterizată de perturbări grave, care creează permanent probleme serviciilor de asistență socială și medicală, familii despre care se cunoaște faptul că sunt extraordinar de dificil de ajutat. Se pare că în aceste familii violența sau amenințările cu violența survin aproape zilnic. Încontinuu,

157 partenerii se separă, însă se împacă din nou după câteva zile sau săptămâni. Uneori, ca urmare a faptului că soția îi aruncă vorbe grele, soțul poate să părăsească familia, doar pentru a reveni după o scurtă vreme. Se mai poate întâmpla ca o soție, agresată fizic de soțul ei, să plece împreună cu copiii, dar se întoarce după câteva zile și se află exact în aceeași situație. Ceea ce li s-a părut extraordinar cercetătorilor este perioada de timp cât durează unele dintre căsniciile. Prin urmare, una dintre întrebările pe care și le-au pus se referea la ce anume îi ține pe acești parteneri împreună.

Ceea ce au descoperit a fost faptul că, deși violența soțului și vorbele amenințătoare și pline de furie ale soției păreau să predominie scena, fiecare dintre parteneri era atașat profund, dacă nu cumva chiar într-un mod anxios, de celălalt, și fiecare dezvoltase o strategie menită să îl controleze pe celălalt pentru a-l împiedica să plece. Erau utilizate tehnici diverse, în principal coercitive, multe fiind de un fel care, pentru cineva din afara familiei respective, păreau nu doar extreme, ci și contraproductive. De exemplu, erau obișnuite amenințările cu părăsirea sau cu sinuciderea, iar gesturile cu conotație suicidară nu erau rare. Acestea erau, de obicei, eficiente pe termen scurt, asigurând atenția și grija partenerului, cu toate că îi provocau totodată acestuia sentimente de vinovăție și furie. S-a descoperit că majoritatea tentativelor de suicid erau reacții la anumite evenimente, în special la părăsiri, indiferent dacă aceste părăsiri aveau loc sau exista doar amenințarea lor.

O tehnică de coerciție, utilizată în special de bărbați, era să „întemnițeze” soția, prin mijloace precum: să o încuie în casă, să-i încuie dulapul cu haine sau să păstreze toți banii și să facă el cumpărăturile, pentru a se asigura că ea nu se va întâlni cu

nimeni altcineva. Atașamentul intens și ambivalent al unuia dintre acești bărbați care adoptase această tehnică a mers până într-acolo încât nu numai că și-a încuiat soția în casă, dar a încuiat-o și pe dinafară. El o dădea afară din casă spunându-i să nu se mai întoarcă niciodată; însă, după ce soția ajungea în stradă, alerga după ea și o trăgea înapoi în apartament.

O altă tehnică de coerciție era bătaia. Așa cum spunea unul dintre acești bărbați, în familia lui cererile erau întotdeauna însoțite de pumni. Niciuneia dintre soții nu-i plăcea acest tratament, însă unele obțineau o satisfacție ciudată din asta. De exemplu, una dintre aceste femei, atunci când a expus motivele pentru care nu dorea să se separe de soțul ei, a afirmat, cu o nuanță de triumf în glas, că soțul ei o amenințase că o va „prinde” dacă va pleca. Și el avea nevoie de ea, a insistat această femeie. S-a descoperit că în majoritatea acestor căsnicii, fiecare dintre parteneri era capabilă să sublinieze cât de mult avea celălalt nevoie de el, în timp ce nega propria nevoie de a avea un partener. Desigur, prin nevoie, ei înțelegeau ceea ce eu numesc dorința de a avea aproape o figură care oferă îngrijire. Ceea ce îi speria cel mai tare era singurătatea.

### Măsuri de prevenire a violenței în familie

Această secțiune a prelegerii reprezintă finalul prezentării problemelor întâlnite în familiile violente și perspectivei teoretice pe care o cred utilă în abordarea acestor probleme. Prin urmare, ce acțiuni sunt necesare?

Specialiștii în acest domeniu au depus mult efort, dând dovadă de devotament și totodată de profesionalism, pentru a ajuta familiile în care abuzul s-a întâmplat deja; de asemenea, mulți

și-au îndreptat atenția asupra chestiunilor legate de gestionarea acestor situații (Heifer și Kempe, 1976; Lynch și Roberts, 1982). Din moment ce toate studiile au arătat cât de dificilă și consumatoare de timp este această activitate, ne întrebăm dacă există posibilitatea prevenirii acestor situații. Aici există speranțe. În cele ce urmează, voi prezenta un tip de program de asistență care a fost inițiat în Marea Britanie și care acum se extinde treptat, cu susținere guvernamentală. Cu siguranță, astfel de programe de asistență pot fi regăsite și în diferite zone din Statele Unite, însă, evident, am puține informații cu privire la acestea.

Unul dintre programele de asistență atât de promițătoare, cel puțin în cazul anumitor familii, este cunoscut sub numele de Home-Start (și a fost demarat în Leicester) (Harrison, 1981)<sup>28</sup>. Acesta este un proiect care prevede vizite la domiciliu organizate independent, pentru a oferi sprijin, prietenie și asistență practică familiilor tinere care au dificultăți. Colectivul este compus din voluntari care lucrează într-o legătură strânsă cu serviciile de stat similare, și care, totodată, primesc sprijin și îndrumare din partea unui specialist. Toate vizitele au loc la invitația familiei și în termenii pe care familia îi impune. Nu există contracte sau limite de timp.

Fiecare voluntar este, de fapt, o mamă care acceptă să facă vizite regulate la una sau cel mult două familii, pentru a stabili o relație, acceptând astfel să acorde timp și să facă schimb de experiență. Se fac toate eforturile necesare pentru a încuraja atitudinile părinților și pentru a-i asigura că dificultățile întâmpinate în îngrijirea copiilor nu sunt neobișnuite și, de asemenea,

<sup>28</sup> Mai există o inițiativă, la fel de promițătoare, care se adresează unei categorii foarte dezavantajate din Londra și care este cunoscută sub numele de Newpin.

că este posibil ca viața în familie să fie plăcută. Mamele voluntare noi, care au vârsta cuprinsă între 30 și 45 de ani, urmează un curs de pregătire care durează zece săptămâni și presupune o întâlnire pe săptămână, și beneficiază de instruire continuă și regulată chiar și după finalizarea acestui curs.

Faptul că aceste persoane care întreprind vizite sunt voluntari prezintă multe avantaje. În primul rând, un voluntar are *timp*: în cadrul proiectului-pilot, s-a descoperit că timpul mediu pe care fiecare mamă voluntară îl petrece cu familia pe care o vizita în casa acelei familii era de șase ore pe săptămână. În al doilea rând, mama și mama-voluntar sunt pe poziții de egalitate, iar mama-voluntar se simte liberă să contribuie la activitățile care țin de gospodărie în orice mod simte de cuviință. În al treilea rând, mama-voluntar poate să compare observațiile și să discute despre experiențele sale cu propriii copii. În al patrulea rând, și foarte important, ea poate să fie uneori disponibilă pentru a fi contactată seara sau la sfârșitul săptămânii.

Desigur, în familiile vizitate dificultățile există deja sau par iminente. Din moment ce programul nu se adresează în mod specific familiilor în care există o situație de abuz, familiile care participă nu trebuie să se simtă etichetate în vreun fel. Cu toate acestea, programul are în vedere un număr destul de mare de familii care au unul sau mai mulți copii despre care se știe că prezintă riscul unui abuz. În primii opt ani de la apariția acestui proiect, nu mai puțin de un sfert dintre familiile vizitate se aflau în această categorie.

Adesea, programul de vizite demarează chiar din perioada în care mama este încă însărcinată. Multe dintre aceste femei sunt tinere, impulsive și extrem de izolate și nu au simțit niciodată afecțiune, îngrijire sau siguranță. În astfel de cazuri, rolul prin-

cipal al voluntarului este de a avea grijă de mamă și, oferind un exemplu, să o încurajeze să aibă la rândul ei grijă de propriul copil. De asemenea, mama-voluntar se va juca și va vorbi cu copiii, oferind mamei încă un exemplu pe care ea nu l-a avut. Mai târziu, probabil, odată ce se dobândește mai multă încredere, mama-voluntar poate să asiste mama, ajutând-o să dobândească aptitudinile elementare necesare întreținerii casei pe care aceasta nu le-a învățat niciodată. Esențial în această relație este faptul că mama-voluntar este ea însăși o mamă care cunoaște toate problemele din interior.

Există numeroase cazuri despre care se știe că nu pot fi incluse într-un program de acest tip<sup>29</sup>. Pentru cei care se potrivesc acestui program, rata de succes raportată este foarte încurajatoare, așa cum arată o evaluare a primilor patru ani de activitate în cadrul proiectului-pilot; această evaluare a fost făcută de un cercetător independent (van der Eyken, 1982) a cărui monografie descrie pe larg proiectul. După ce a constituit un eșantion într-un mod aleator (una din cinci familii din cele 288 care au fost vizitate), el i-a întrebat pe cei implicați cum evaluează rezultatele la finalul vizitelor mamei-voluntar, utilizând o scală de trei puncte: nicio schimbare, o schimbare medie, o schimbare majoră. Rezultatele au arătat faptul că mamele-voluntar erau cele mai pesimiste, evaluând doar jumătate dintre familii ca prezentând o schimbare majoră și 10% ca eșecuri. Asistenții sociali care recomandaseră cazurile respective erau mai optimiști, evaluând mai mult de jumătate dintre familii ca prezentând o

<sup>29</sup> Harrison (1981) le menționează pe următoarele: existența unui părinte care suferă de o boală psihică cronică sau de o boală degenerativă gravă, sau care este recidivist, sau dacă există în familie intenția de a instituționaliza copilul. Sunt, de asemenea, excluse familiile în cadrul cărora copiii se află sub riscul unui abuz din partea concubinului mamei.

162 schimbare considerabilă, iar restul ca prezentând cel puțin unele schimbări. Cei mai entuziasmați de activitatea întreprinsă au fost cei din domeniul sănătății (asistentele medicale din sănătatea publică) și familiile vizitate. Din cele 58 de familii care s-au autoevaluat, 47 (85%) au susținut că a survenit o schimbare majoră, șase dintre ele au susținut că s-a produs o schimbare medie, și doar două familii au considerat că nu a avut loc nicio schimbare.

Toate aceste descoperiri oferă o speranță în acest domeniu atât de dificil și care se confruntă cu probleme atât de tulburătoare.

## A ști ceea ce nu ar trebui să știi și a simți ceea ce nu ar trebui să simți

*La începutul anului 1979 am primit invitația de a scrie un articol într-un număr special editat de Canadian Journal of Psychiatry, în onoarea profesorului emerit Eric Wittkower; între anii 1952 și 1964, Eric Wittkower a făcut parte din catedra de psihiatrie a Universității McGill din Montreal, iar în acel an își aniversa împlinirea vârstei de 80 de ani. Această solicitare mi-a făcut o deosebită plăcere. Lucrarea pe care am prezentat-o ca răspuns la această invitație, având titlul menționat mai sus, a stat de asemenea la baza unor prelegeri pe care le-am ținut cu diferite ocazii în anii următori. Cu una dintre aceste ocazii, am cunoscut la Roma doi terapeuți cognitivști, Giovanni Liotti și Vittorio Guidano, și am fost surprins și încântat să descopăr cât de multe aveam în comun. Una dintre consecințele întâlnirii noastre a reprezentat-o invitația pe care am primit-o de a contribui la un volum care avea titlul Cognition and Psychotherapy [Cogniție și psihoterapie], coordonat de Michael Mahoney și Arthur Freeman. Acest lucru a dus la dezvoltarea lucrării inițiale, concretizându-se în versiunea pe care o voi prezenta în continuare.*

Există în acest moment dovezi semnificative care arată faptul că experiențele nefavorabile ale copiilor cu părinții lor, de felul celor prezentate în prelegerea precedentă, pot reprezenta o cauză majoră a perturbărilor cognitive de mai târziu. De exemplu, se poate demonstra faptul că, cel puțin unele cazuri în care percepțiile și atribuirile sunt distorsionate și anumite stări de amnezie (amnezie mai mult sau mai puțin severă, incluzând aici cazurile de tulburare de personalitate multiplă) pot reprezenta rezultatul unor astfel de experiențe. Cu toate acestea, cercetările sistematice asupra acestor succesiuni cauzale sunt încă rare și în mod clar, acest domeniu necesită fără întârziere un efort de cercetare considerabil. Prin urmare, de ce a fost acest domeniu, din păcate, atât de neglijat?

Una dintre influențele nefavorabile la care s-a făcut referire în prelegerea precedentă este tradiția durabilă din cadrul școlii de gândire psihanalitice de a-și concentra atenția asupra fantasmei, îndepărtându-se de experiențele din viața reală pe care o persoană ar fi putut să le aibă în copilărie. Un alt aspect se referă la dificultatea, care nu poate fi pusă la îndoială, de a întreprinde studii sistematice în acest domeniu. De exemplu, de cele mai multe ori cei care fac terapie doar cu pacienții adulți nu se află în poziția de a investiga evenimentele despre care se presupune că au survenit în urmă cu mulți ani. Cei care au avut șansa unei copilării petrecute în sânul unei familii stabile și suficient de bune și care, asemenea prea multor psihiatri și psihoterapeuți, nu cunosc lucrările din ultimii ani care abordează dezvoltarea copilului și a familiei, nu au reperele la care să raporteze relatările pacienților lor. La toate acestea se adaugă faptul că terapeuții se confruntă adesea cu un vâl de tăcere, ridicat atât de pacient, cât și de familia lui, vâl de tăcere de care terapeuții nu pot trece nici cu

ajutorul formării lor, nici cu ajutorul propriei experiențe. Prin urmare, nu este de mirare faptul că nu numai psihiatrii, dar și psihoterapeuții au trecut cu vederea (sau chiar au ignorat complet) posibilitatea ca multe cazuri de tulburări psihice, atât ușoare cât și severe, ar fi putut să aibă drept origine evenimentele adverse din copilărie. Mai mult, pentru multă vreme, din dezbaterile asupra factorilor cauzali în psihiatrie a lipsit în mod sistematic până și faptul că unii copii au fost agresați fizic sau sexual de către propriii lor părinți deseori în mod repetat și pentru lungi perioade de timp.

În sfârșit, situația se schimbă. În primul rând, pe măsură ce se întreprind studii sistematice, se extinde (atât din punct de vedere calitativ, cât și cantitativ) aria de cunoștințe referitoare la interacțiunile părinte-copil în general, incluzând o gamă largă de relații și evenimente cu potențial patogen. În al doilea rând, consecințele psihice pentru acești copii care sunt expuși acestor relații și evenimente sunt din ce în ce mai bine înțelese și documentate. Ca rezultat, acum există mai multe șanse ca un clinician să aibă repere mai sigure atunci când formulează o serie de concluzii etiologice. Acest lucru se poate întâmpla în special atunci când (a) pacientul lui prezintă probleme și simptome care sunt asemănătoare cu acele consecințe despre care se știe ca ar putea să le aibă anumite tipuri de experiențe și (b) atunci când terapeuțul, în cadrul interviurilor preliminare, încearcă să afle informații despre trecutul pacientului (sau poate chiar și mai târziu în cursul terapiei), el află despre existența unor experiențe de acest tip. Pentru a ajunge la o concluzie, demersul de argumentare întreprins de un psihiatru nu diferă în niciun fel de cel al unui medic care, după ce a diagnosticat un pacient cu stenoză mitrală, atribuie fără ezitare această boală

unui reumatism articular acut pe care pacientul l-a suferit cu mulți ani înainte.

Pentru a aborda antecedentele din perioada copilăriei care au putut duce la tulburările cognitive, un exemplu cu care putem începe este cel al amneziei.

Într-una dintre lucrările sale clasice referitoare la tehnica analitică, Freud (1914) a făcut o generalizare importantă, al cărei adevăr va fi acceptat probabil de orice psihoterapeut:

Uitarea unor impresii, scene, experiențe se reduce în cea mai mare parte la o „înlăturare” a acestora. Când pacientul vorbește despre aceste lucruri „uite”, rareori el uită să adauge: „Acest lucru de fapt l-am știut întotdeauna, numai că nu m-am gândit la el” (1914, p. 140).

Astfel de observații necesită explicații de cel puțin trei feluri. În primul rând, există oare trăsături speciale care caracterizează impresiile, scenele și experiențele ce pot fi înlăturate? În al doilea rând, cum putem să ne formăm o idee referitoare la procesele prin intermediul cărora amintirile ajung să fie înlăturate și aparent uitate? În al treilea rând, care sunt condițiile cauzale, dependente și independente de personalitate, care activează acest proces de înlăturare?

Scenele și experiențele care tind să fie înlăturate, cu toate că adesea continuă să influențeze enorm gândirea, afectul și comportamentul, sunt grupate în cel puțin trei categorii distincte: (a) cele pe care părinții doresc ca acei copii să nu le cunoască; (b) cele în care părinții și-au tratat copiii în moduri pe care copiii le găsesc prea insuportabile pentru a se gândi la ele; (c) cele în

care copiii au făcut, sau poate au gândit lucruri în legătură cu care ei se simt insuportabil de vinovați sau rușinați.

Din moment ce dintotdeauna s-a acordat foarte multă atenție celei de-a treia categorii, le voi aborda în această lucrare doar pe primele două. Să începem așadar cu prima categorie.

Nu rareori copiii observă scene pe care părinții lor ar prefera ca aceștia să nu le observe; sau copiii își fac impresii pe care părinții ar prefera ca ei să nu și le facă; de asemenea, copiii au experiențe pe care părinții ar prefera să creadă că nu le-au trăit. Dovezile indică faptul că mulți dintre acești copii, dându-și seama de ceea ce simt părinții lor, încep ulterior să se conformeze dorințelor părinților prin intermediul unui proces de excludere din procesarea ulterioară a anumitor informații pe care ei le-au dobândit deja; procedând în acest fel, copiii încetează, în mod conștient, să mai știe că au observat vreodată astfel de scene, că și-au format astfel de impresii sau că au avut astfel de experiențe. Cred că exact în acest fapt se află o sursă a perturbărilor cognitive, sursă care este la fel de des întâlnită, pe cât este de ignorată.

Cu toate acestea, până în acest moment rezultatele câtorva cercetări au scos la iveală faptul că, uneori, părinții își presează copiii să înlătore din procesarea ulterioară, conștientă, acele informații pe care copiii le au cu privire la evenimente pe care părinții ar fi preferat ca acei copii să nu le fi observat niciodată. Probabil că cele mai clare exemple sunt date de cazurile în care un părinte se sinucide, iar părintele care rămâne în viață face eforturi pentru a șterge orice cunoștințe pe care copilul le are cu privire la evenimentul respectiv.

Cain și Fast (1972) au prezentat rezultatele unui studiu întreprins asupra unui grup de 14 copii, cu vârste cuprinse între 4 și 14 ani care și-au pierdut unul dintre părinți ca urmare a faptului

168 că acesta s-a sinucis și, mai mult, toți acești copii au ajuns să prezinte probleme de natură psihiatrică, dintre care unele erau foarte grave. Analizând datele obținute, autorii au fost frapați de rolurile foarte mari pe care le joacă în simptomatologia copiilor expunerea la situații patologice; cei doi cercetători au identificat două tipuri de astfel de situații patologice: situațiile în care este posibil să ia naștere un sentiment intens de vinovăție (aspect care nu este abordat în această prelegere) și situațiile în care comunicarea dintre părinte și copil este grav distorsionată.

Aproximativ un sfert dintre copiii din acest studiu fuseseră martori la un anumit aspect al morții acelui părinte și, ulterior, fuseseră supuși unei presiuni din partea celuilalt părinte să creadă că interpretaseră greșit ceea ce văzuseră sau auziseră, și că moartea nu se datorase sinuciderii, ci unei boli sau unui accident. „Mama unui băiat care și-a văzut tatăl împușcându-se ... i-a spus copilului ulterior, în acea noapte, că tatăl lui murise datorită unui infarct; unei fete care a găsit trupul tatălui ei atârând într-o cămară i s-a spus că acesta murise într-un accident rutier; doi frați care și-au găsit mama cu venele tăiate au primit explicația că ea se înecase în timp ce înota” (Cain și Fast, 1972, 102). Atunci când un copil relatează lucrurile pe care le văzuse, părintele rămas în viață căuta să le discrediteze, fie prin intermediul ironiei, fie insistând că acel copil făcuse o confuzie cu ceva ce văzuse la televizor sau cu un vis urât pe care îl avusese. Mai mult, această confuzie avea și alte surse deoarece copilul auzea de la diferiți oameni povești despre moartea părintelui care aveau conținuturi diferite (iar uneori chiar părintele rămas în viață prezenta versiuni divergente).

Multe dintre problemele psihice ale copiilor par să-și aibă originea direct în faptul că au fost expuși la situații de acest tip. Pro-

blemele lor pot lua următoarele forme: neîncrederea cronică în alți oameni, inhibarea curiozității, neîncrederea în propriile simțuri și, în unele cazuri, o tendință de a considera că totul este ireal.

Rosen (1955) prezintă cazul unui pacient adult, un bărbat în vârstă de 27 de ani, care a început să manifeste o simptomatologie acută după ce logodnica lui l-a părăsit deoarece îl considera prea instabil emoțional și imprevizibil. Pacientul începuse să simtă că lumea înconjurătoare și, de asemenea, propria lui ființă se fragmentau și că totul era ireal. Începuse să fie deprimat și avea ideate de suicid; resimțea diverse senzații corporale ciudate, care includeau senzația că se sufocă. Spunea că își simțea gândurile ca de vată. La un moment dat, în cel de-al doilea an de terapie, analistul, frapat de o serie de asociații ale pacientului și având în minte istoricul acestuia, a emis o ipoteză încercând o reconstrucție, și anume că este posibil ca, în copilăria pacientului, mama lui să fi avut o tentativă de suicid la care el să fi asistat. Imediat ce analistul a emis această ipoteză, pacientul a început să plângă cu sughituri. Ședința s-a dovedit a fi un punct de cotitură în terapie. Ulterior, pacientul a spus că i s-a părut că, atunci când analistul a emis acea ipoteză, pentru el a însemnat nu doar că își recupera o amintire, ci și că i se oferea permisiunea de a vorbi despre ceva despre care, într-un fel, știuse dintotdeauna.

Autenticitatea amintirii respective a fost susținută de către tatăl pacientului care a recunoscut, când a fost forțat, că mama pacientului a avut câteva tentative de suicid în perioada copilăriei pacientului. Cea la care pacientul asistasese avusese loc atunci când el avea aproape trei ani. Bona copilului auzise niște zgomote în baie și ajunsese la timp pentru a o împiedica pe mamă să se stranguleze. Nu era clar însă cât de mult văzuse băiețelul. Mai

169



târziu, însă, ori de câte ori el menționase acest eveniment, atât tatăl, cât și bona îi infirmau amintirile, pretinzând că era un lucru pe care copilul și-l imaginase sau că, pur și simplu, visase urât. Tatăl susținea acum că simțise că dacă fiul său își va aminti un astfel de incident, acest lucru îi va face rău; însă, totodată, el a recunoscut faptul că atitudinea lui fusese parțial determinată de dorința lui de a ține sub tăcere acest incident față de prieteni și vecini. După aproximativ un an de la acel incident, bona a fost concediată deoarece mama considera că prezența acesteia îi amintește într-un mod prea dureros de acel incident.

Într-una din ședințele care au precedat această reconstrucție, pacientul își amintise de concedierea bonei lui dragi ca de un eveniment pentru care, într-un fel, el se simțise dintotdeauna vinovat. Printre numeroasele asociații pe care le făcuse pe marginea acestui subiect, existaseră câteva aluzii recurente la faptul că, în copilărie, asistasese la ceva ce îi schimbase viața, cu toate că nu știa care era acel lucru. De asemenea, el credea că bona lui fusese martora acelui eveniment, împreună cu el. Astfel, cu toate că amintirea respectivă fusese înlăturată din procesarea conștiinței, aceasta continuase să influențeze atât gândurile, cât și sentimentele pacientului.

Într-o altă lucrare (Bowlby, 1973), am atras atenția asupra frecvenței deloc reduse a tentativelor de suicid ale părinților și asupra frecvenței și mai ridicate a amenințărilor cu sinuciderea; am menționat totodată că s-a acordat foarte puțină atenție în lucrările psihiatrice și psihoterapeutice, atât tentativelor, cât și amenințărilor cu suicidul. Probabil că există mult mai multe cazuri similare celui prezentat de Rosen decât s-a crezut până acum.

Printre alte numeroase situații pe care părinții doresc ca un copil să nu le fi observat și îl pot presa să creadă că nu le-a

observat niciodată sunt cele referitoare la viața lor sexuală. Un exemplu de acest fel mi-a fost relatat de un logoped care încerca să ajute o fetiță cu probleme grave, care nu vorbea deloc. Totuși, faptul că ea putea să vorbească a fost demonstrat în anumite situații de joc. Ea așeza un ursuleț de pluș pe un scaun, într-un colț, apoi îl cerceta atent cu privirea și, amenințându-l cu degetul, îl certa pe un ton extrem de sever: „Ești obraznic — ursuleț obraznic — nu ai văzut asta — nu ai văzut asta, ascultă la mine!”. Ea repeta în continuu acest lucru, cu o vehemență din ce în ce mai accentuată. Nu e greu să ne dăm seama care erau scenele pe care ursulețul era instruit să nu le fi văzut vreodată: mama fetei era o adolescentă prostituată.

În mod clar, scopul acestor presiuni pe care le fac părinții asupra copiilor este acela de a se asigura că aceștia își construiesc și mențin o imagine deplin pozitivă despre părinți. În exemplele pe care le-am dat până acum, forma de presiune exercitată este directă. Există situații probabil mai frecvente, și la fel de dăunătoare, când presiunile sunt mai subtile.

În ultimele două decenii, s-a acordat din nou atenție incestului, atât în ceea ce privește frecvența sa ridicată (aspect care fusese trecut cu vederea), cât și în ceea ce privește efectele cu potențial patogen asupra copiilor. Majoritatea situațiilor de acest fel au loc între tată și fiică sau între tată vitreg și fiică vitregă. Dintre diversele probleme și simptome care apar la copiii și adolescenții avuți în vedere, probleme și simptome despre care se consideră că se datorează acestor experiențe, cele mai des întâlnite sunt următoarele: retragerea din toate relațiile intime, tulburările de somn și intențiile de suicid (Meiselman, 1978; Adams-Tucker, 1982). Colegul meu Brendan MacCarthy mi-a oferit o explicație a condițiilor care pot să provoace perturbări

172 cognitive, însă această idee a lui nu a fost niciodată publicată. El bănuia că perturbările pot să apară în special în cazul în care copiii nu au ajuns încă la vârsta pubertății. În continuare, voi prezenta concluziile lui.

MacCarthy afirmă că atunci când se dezvoltă o legătură de tip sexual între un tată și fiica sa adolescentă, această legătură este de obicei recunoscută de tată în interacțiunile lor zilnice, prin mijloace precum: priviri cu tâlc aruncate pe furiș, atingeri discrete și aluzii fine. În cazul în care copilul este mai mic, este probabil ca tatăl să nu recurgă la astfel de recunoașteri. El se comportă în timpul zilei ca și cum episoadele din timpul nopții nu s-ar fi petrecut; și acest eșec deplin în recunoașterea lor este în cele mai multe cazuri menținut chiar și mult timp după ce fiica devine adolescentă.

MacCarthy prezintă cazul unei femei căsătorite, dna A, pe care el a tratat-o de depresie, dependență de sedative și de alcool. Abia după patru luni de la începerea terapiei ea a făcut referire la faptul că, timp de zece ani, în relația pe care o avea cu tatăl ei adoptiv au intervenit aspecte de natură sexuală. Această situație a început când ea avea 5 sau 6 ani, la scurt timp după ce mama ei a murit, și a durat până când a împlinit 16 ani, vârstă la care a părăsit căminul. Printre numeroasele ei probleme se afla frigiditatea, faptul că actul sexual i se părea dezgustător și avea o senzație de întuneric interior, „o pată întunecată”. Problemele pacientei se agravară în momentul în care fiica ei a ajuns la vârsta de 4 ani. Ori de câte ori fiica ei își demonstra afecțiunea față de tată și stătea lângă el, dna A se simțea agitată, protectivă și geloasă; în astfel de situații, nu putea să-i lase împreună singuri. Pe parcursul sesiunilor de terapie, dna A manifesta obediență și spaimă, și era extrem de atentă la fiecare mișcare a analistului.

În ceea ce privește relația incestuoasă, dna A a relatat faptul că tatăl ei adoptiv nu făcea niciodată aluzii în timpul zilei la vizitele lui nocturne în camera ei; toate acestea rămăneau în întuneric. Din contră, el îi ținea prelegeri nesfârșite referitoare la pericolele care o pândesc dacă va permite băieților să meargă prea departe și referitoare la importanța virginității înainte de căsătorie. Când, la vârsta de 16 ani, fata a părăsit căminul, el nu numai că a insistat ca ea să nu spună nimănui ce se întâmplase, dar a adăugat cu sarcasm: „Și dacă vei spune, nimeni nu te va crede”. Și era foarte posibil să se întâmple așa, din moment ce tatăl ei adoptiv era director de școală și primar în localitatea în care trăiau.

Analizând acest caz, precum și alte cazuri similare, MacCarthy pune accent asupra scindării cognitive care poate să survină între tatăl respectat și probabil iubit din timpul zilei și tatăl foarte diferit din episoadele stranii din noaptea anterioară. Deoarece copilei i se atrage atenția să nu sufle nicio vorbă sub nicio formă, nici măcar mamei, ea caută la tată o confirmare a acelor evenimente și, bineînțeles, este derutată când nu există niciun răspuns. S-a întâmplat cu adevărat sau am visat? Am doi tați? Nu este de mirare faptul că, atunci când fata crește, nu are încredere în niciun bărbat și vede în atitudinea profesională a unui terapeut bărbat o simplă fațadă care ascunde intenția de a o vâna. Nu este de mirare nici faptul că rămâne în funcțiune interdicția de a nu vorbi sub nicio formă cu o altă persoană, și nici faptul că tăcerea este asigurată de faptul că fata se așteaptă ca nimeni să n-o creadă. Ne putem atunci întreba: oare cât de des se întâmplă ca terapeuții insuficient de informați să-și descurajeze pacienta să spună adevărul și, dacă totuși ea face acest lucru, să-i confirme așteptarea că nimeni nu-i va crede povestea?

În exemplele prezentate mai sus, părintele face presiuni asupra copilului să înlăture informații care au legătură cu lumea externă. În alte situații, informațiile menite a fi înlăturate au legătură cu evenimentele din lumea privată a sentimentelor copilului. Aceste situații nu apar niciunde mai frecvent decât în situațiile de separare și pierdere.

Atunci când un părinte moare, părintele care rămâne în viață sau o altă rudă nu numai că oferă copilului informații inadecvate sau care îl induc în eroare, ci ar putea totodată să sugereze faptul că nu ar fi bine pentru copil nici ca el să fie supărat. Acest lucru se poate face într-un mod explicit: A. Miller (1979) descrie cazul unui copil de 6 ani căruia, la moartea mamei lui, mătușa i-a spus: „Trebuie să fii curajos; nu plânge; acum du-te în camera ta și joacă-te cum trebuie”. În alte cazuri, sugestiile sunt doar implicite. Adesea, văduvele sau văduvii care se tem să-și exprime propria tristețe, ca efect încurajează copiii să-și înlăture toate emoțiile pe care le trăiesc ca urmare a pierderii suferite. Palgi (1973) relatează cazul unui băiat muștră de mamă pentru că nu a plâns în urma morții tatălui său; băiatul a ripostat: „Cum aș putea să plâng, de vreme ce ție nu ți-am văzut niciodată lacrimile?”

De fapt, există multe situații în care unui copil i se spune în mod explicit să nu plângă. De exemplu, unui copil de 5 ani a cărui bonă urma să plece i s-a spus să nu plângă, pentru că i-ar face rău bonei. În cazul unui copil lăsat în spital sau într-o creșă, părinții insistă ca el să nu plângă, spunându-i că, în caz contrar, ei nu îl vor vizita. Un copil ai cărui părinți sunt adesea plecați, și care îl lasă în grija uneia dintre fetele care locuiesc acolo temporar nu este încurajat să recunoască cât de singur și probabil cât de furios se simte ca urmare a absenței lor constante. Atunci când părinții se separă, copilului i se spune clar faptul că nu trebuie

să ducă dorul părintelui care pleacă sau să tânjească după întoarcerea acestuia. Nu numai că în astfel de situații durerea și plânsul sunt dezaprobat, considerate a fi inadecvate, dar se poate întâmpla și ca unii copii mai mari sau adulții să râdă de copilul întristat, spunându-i că este plângăcios. Mai există motive să ne mirăm că în astfel de condiții afectul ar putea să fie înlăturat?

Toate aceste situații sunt destul de obișnuite; cred însă că ele nu au fost luate în considerare cu seriozitate ca reprezentând cauzele pentru care informațiile și sentimentele sunt excluse din aria conștientă. Cu toate acestea, există și alte situații care au același efect care sunt mai subtile și mai ascunse și care sunt la fel de des întâlnite. O astfel de situație este atunci când o mamă, care a avut o copilărie în care a dus lipsa iubirii, caută la copilul ei iubirea care i-a lipsit până în acel moment. Procedând în acest fel, ea inversează relația normală părinte-copil, cerându-i copilului să se comporte ca un părinte, în timp ce ea devine un copil. Unei persoane care nu își dă seama ce se întâmplă i se pare că acel copil este „prea răsfățat”, însă la o privire mai atentă se poate observa faptul că mama pune o grea povară pe umerii copilului. În acest caz, un aspect care are o semnificație specială este acela că, adesea, se așteaptă din partea copilului ca el să fie recunoscător pentru afecțiunea de care beneficiază și să nu observe solicitările care i se fac. Un rezultat al acestei situații este acela că, în concordanță cu dorințele mamei lui, copilul construiește o imagine unilaterală despre ea, văzând-o ca fiind cu totul iubitoare și generoasă, și astfel el înlătură din procesarea conștientă multe informații pe care le percepe, și anume că ea este adesea egoistă, solicitantă și nerecunoscătoare. Un alt rezultat, de asemenea în concordanță cu dorințele mamei lui, este acela că el permite numai sentimentelor de iubire și recunoștință

față de ea accesul în plan conștient, și înlătură orice sentiment de furie pe care l-ar putea avea deoarece așteaptă ca el să aibă grijă de ea și îl împiedică să-și facă propriii prieteni și să-și trăiască propria viață.

O situație asemănătoare este aceea în care unui părinte, datorită faptului că a avut o copilărie traumatizantă, îi este teamă să i se amintească de nefericirile din trecut și, ca urmare a acestui fapt, să se simtă deprimat. Drept rezultat, copiilor acestor părinți li se cere să pară întotdeauna fericiți și să nu exprime în niciun fel sentimente de tristețe, singurătate sau furie. Așa cum a afirmat unul dintre pacienții mei, după mult timp de la începerea terapiei: „Îmi dau seama acum că am fost îngrozitor de singur în copilărie, însă niciodată nu mi s-a permis să știu acest lucru”.

Majoritatea copiilor sunt toleranți cu părinții lor, preferând să-i vadă într-o lumină favorabilă și dorind cu ardoare să le treacă cu vederea multe defecte. Cu toate acestea, ei nu acceptă de bună voie să-și vadă părintele numai din perspectiva pe care o cere părintele, sau să aibă față de acesta sentimentele pe care părintele le pretinde. Pentru a asigura acest lucru, trebuie exercitată o anumită presiune. Această presiune poate să îmbrace multe forme, însă eficiența oricărei forme depinde de eficacitatea pe care o are asupra dorinței insistente a copilului de a fi iubit și protejat. Alice Miller (1979), care a studiat în detaliu aceste probleme, redă cuvintele unei paciente adulte care era cel mai mare dintre copiii unei femei nesigure în plan profesional:

Eram comoara mamei mele. Ea spunea adesea: „Te poți baza pe Maja, va face față”. Și chiar făceam față. I-am crescut în locul ei pe frații mei mai mici, pentru ca ea să-și poată vedea de cariera ei profesională. A devenit din ce în ce mai celebră, însă

nu am văzut-o niciodată să fie fericită. Cât de mult îmi doream prezența ei în serile acelea! Cei mici plângeau și eu îi alinam, însă eu una nu am plâns niciodată. Cine și-ar fi dorit un copil care plânge? Singurul mod prin care puteam să câștig dragostea mamei mele era să fiu competentă și înțelegătoare, să mă controlez, să nu pun niciodată la îndoială ceea ce făcea și să nu îi arăt cât de mult îmi lipsea; dacă aș fi făcut altfel, asta i-ar fi limitat libertatea de care ea avea atât de mare nevoie. Și ar fi făcut-o să se întoarcă împotriva mea.

În alte familii presiunile se fac cu mai puțină subtilitate. Una dintre forme — amenințarea unui copil că va fi abandonat ca modalitate de a-l controla — este o armă extrem de puternică, în special în cazul unui copil mic. În fața unor astfel de amenințări, ce altceva ar mai putea să facă un copil decât să se conformeze dorințelor părinților lui prin excluderea din procesarea ulterioară a tuturor lucrurilor despre care el știe că ei ar dori ca el să le uite? Într-o altă lucrare am explicat care sunt motivele pentru care credem că amenințările de acest fel stau la baza multor situații de anxietate acută și cronică (Bowlby 1973), a reacțiilor unui adult la moartea cuiva drag prin depresie cronică, cu convingerea dominantă că a fost abandonat în mod deliberat, ca pedeapsă, de către persoana care a murit (Bowlby, 1980).

Ipoteza propusă — și anume faptul că diferite forme de perturbări cognitive observate la copii și, de asemenea, la adulți își au originea în lucrurile care i-au afectat inițial înainte de a ajunge la vârsta adolescenței — este compatibilă cu indiciile pe care le avem referitoare la faptul că, în această perioadă, mințile copiilor sunt extrem de sensibile la influențele externe. Așa cum am subliniat mai devreme, dovezile care susțin acest aspect se

referă la gradul de vulnerabilitate al copiilor mici față de amenințările cu respingerea sau cu abandonul venite din partea părinților lor. În mod clar, după ce un copil ajunge la vârsta adolescenței, vulnerabilitatea lui față de astfel de amenințări se mai diminuează.

Un experiment realizat de Gill (1970) ilustrează cu claritate că mințile acestor copii care nu au atins încă vârsta adolescenței sunt foarte vulnerabile la influența exercitată de părinți. Eșantionul studiat a fost constituit din copii de 10 ani, care proveneau dintr-o școală primară londoneză, și din părinții lor. Dintre cele 40 de familii non-imigrante care au fost invitate să participe la acest studiu, 25 și-au manifestat acordul. Fiecare familie era vizitată în propriul cămin, iar membrilor le erau prezentate pe un ecran o serie de zece imagini, fiecare dintre ele timp de două minute.

Dintre imaginile utilizate, cinci proveneau dintr-o carte ilustrată sau dintr-un film, iar restul din teste de apărcepție tematică. Unele dintre ele puteau provoca reacții emoționale pozitive, de exemplu, o mamă care privește o fetiță care ține în brațe un bebeluș. Altele prezentau scene cu un conținut agresiv și/sau înfricoșător. Trei dintre aceste imagini prezentau o temă sexuală: o femeie vizibil însărcinată care stătea întinsă pe un pat; partenerii unui cuplu care se îmbrățișau pe iarbă; și o femeie care se ținea strâns de umerii unui bărbat, care părea să încerce să se îndepărteze, iar în fundal exista un tablou cu o femeie pe jumătate dezbrăcată.

Seria de zece imagini a fost prezentată de trei ori la rând. La prima prezentare, li se solicita tatălui, mamei și copilului să scrie separat ceea ce au văzut că se petrece în imagine. La cea de-a doua prezentare, membrilor familiei li s-a solicitat să discute de-

spre fiecare imagine, în timpul celor două minute cât această imagine rămânea pe ecran. La cea de-a treia prezentare, fiecărui membru al familiei i s-a cerut din nou să scrie separat ceea ce vedea că se întâmplă în imagine în momentul respectiv.

Când au fost analizate răspunsurile copiilor pentru cele trei imagini care prezentau tematici sexuale, s-a descoperit că, în timp ce jumătate dintre copii (12) au descris temele sexuale într-o manieră directă, factuală, cealaltă jumătate nu a reușit să facă acest lucru. De exemplu, în cazul imaginii în care era prezentată femeia însărcinată, răspunsul sincer al unuia dintre copii a fost: „Se odihnește. Pot să văd că așteaptă un copil. Cred că doarme.” Alți copii au descris aceeași imagine omițând orice referire la sarcină: „Cineva doarme în pat” și „Este un bărbat pe un pat. Doarme.”

A doua etapă presupunea să se analizeze modul în care au discutat părinții despre imagine, în prezența copilului, pe parcursul celei de-a doua prezentări a imaginilor. Analiza a fost făcută de un psiholog care nu știa răspunsurile date de copii. Din nou, s-a putut observa faptul că, în timp ce unii părinți răspundeau deschis cu privire la scenele ilustrate, alții nu făceau nicio referire la aceasta și/sau își exprimau dezgustul. De exemplu, în cazul imaginii cu femeia însărcinată, mama unuia dintre copii a spus direct, și chiar de trei ori, faptul că femeia aștepta un copil și că își făcea somnul de după-amiază. În contrast, părinții unui alt copil nu au făcut nicio astfel de referire în discuția de două minute pe care le aveau la dispoziție. În schimb, ei s-au concentrat asupra unor detalii neutre din punct de vedere emoțional, precum coafura femeii, textura materialului din care era făcută rochia ei sau tipul de mobilier din camera din imagine. Deloc surprinzător, a existat o corelație ridicată între modul în care au

180 răspuns copiii la imagini și modul în care le-au discutat părinții ulterior.

În cadrul celei de-a treia prezentări a imaginilor, descrierile tuturor copiilor s-au caracterizat printr-o mai bună acuratețe; însă descrierile celor 12 copii care au răspuns cu sinceritate la prima prezentare au fost mai precise decât descrierile celor 13 copii care nu au reușit să redea conținutul imaginilor în cadrul primei prezentări.

Există o mare probabilitate ca, pe parcursul discuției despre imaginile prezentate, unii dintre părinți să fi evitat, conștient sau inconștient, să facă referiri la conținutul imaginilor respective. O deducție la fel de justă a fost aceea că eșecul copiilor acestora în a descrie tematicile sexuale în cadrul primei prezentări a fost influențat într-un anumit fel de „climatul” pe care copiii l-au resimțit în cadrul familiei. Ceea ce experimentul nu a reușit să arate a fost, desigur, dacă acești copii într-adevăr nu au reușit să perceapă scenele prezentate sau dacă le-au perceput, însă nu au reușit să descrie ceea ce au văzut. Din moment ce copiii pre-adolescenți au tendința să perceapă mai greu lucrurile și adesea să fie nesiguri în privința percepțiilor lor, impresia mea este că cel puțin o parte dintre copii din acest experiment chiar nu au reușit să remarce natura scenelor din imagine. Se poate ca alții să fi știut la un nivel intuitiv că scena respectivă era una despre care ei nu ar fi trebuit să știe, și astfel au evitat să o vadă.

La o primă vedere, ideea că informațiile care au o anumită semnificație pot să fie înlăturate sau excluse selectiv din procesul de percepție pare paradoxală. Se pune întrebarea următoare: cum este posibil ca o persoană să excludă în mod selectiv acel stimul pe care dorește să-l excludă? Această dificultate se risipește, totuși, odată ce percepția este privită ca fiind un proces compus din

mai multe etape, așa cum se consideră astăzi. Într-adevăr, activitatea experimentală întreprinsă în ultimii zece ani în domeniul procesării umane a informațiilor ne oferă posibilitatea de a înțelege mai bine natura proceselor de înlăturare despre care am discutat decât era posibil atunci când Freud și alți autori de orientare psihodinamică au formulat pentru prima dată teoriile despre apărări, care sunt de atunci atât de influente. În rândurile care urmează, voi descrie pe scurt această nouă perspectivă.

Studiile asupra percepției umane (Erdelyi, 1974; Norman, 1976) au arătat că, înainte ca o persoană să-și dea seama că vede sau aude ceva, fluxul de senzații care trec prin ochii sau urechile acesteia a trecut deja prin multe stadii de selecție, interpretare și evaluare; în decursul acestui proces, o mare parte din fluxul senzorial inițial este exclusă. Motivul pentru care are loc această amplă excludere este faptul că acele canale de transmitere responsabile de procesarea avansată au o capacitate limitată, și prin urmare ele trebuie protejate să nu se supraîncarce. Pentru a se asigura de faptul că trec numai informațiile relevante și că sunt excluse cele mai puțin relevante, selecția fluxului senzorial se află sub un control central sau, am putea spune, sub controlul Eului. Cu toate că acest proces are loc la viteze extraordinare și se află aproape complet în afara planului conștient, totuși, o mare parte din acest flux senzorial a trecut printr-o etapă foarte avansată de procesare, înainte de a surveni excluderea. Rezultatele experimentelor asupra ascultării dihotice<sup>30</sup> oferă exemple remarcabile.

<sup>30</sup> Situație experimentală în cazul căreia stimulări sonore simultane, dar diferite, sunt trimise la ambele urechi, dreaptă și stângă. Această tehnică este utilizată pentru a studia atenția selectivă. (cf. Marele dicționar al psihologiei, București, Ed. Trei, 2006, p. 353) (N.t.)

În cadrul acestui tip de experiment, unei persoane i se transmit simultan două mesaje diferite, câte un mesaj la fiecare ureche. Persoanei i se spune apoi să dea atenție numai unuia dintre aceste mesaje, să spunem celui care este receptat de urechea dreaptă. Pentru a se asigura faptul că persoana îi dă o atenție continuă, i se solicită să „urmărească” acel mesaj, repetându-l cuvânt cu cuvânt pe măsură ce îl aude. Se pare că este destul de ușor ca cele două mesaje să fie menținute distincte unul de celălalt, iar la finalul ședinței din experiment subiectul este de obicei complet neconștient de conținutul mesajului la care nu a fost atent. Cu toate acestea, există excepții semnificative. De exemplu, dacă în mesajul la care nu se dă atenție apare numele subiectului sau vreun cuvânt cu o semnificație personală, el ar putea să-l remarce și să-l rețină. Acest lucru arată că, deși nu i se dă atenție în mod conștient, acest mesaj este supus unei procesări continue și destul de avansate, pe parcursul căreia semnificația mesajului este monitorizată, iar conținutul său este evaluat ca fiind mai mult sau mai puțin relevant; și toate aceste lucruri au loc fără ca persoana să își dea în vreun fel seama de ceea ce se petrece.

În cursul obișnuit al vieții unei persoane, criteriile aplicate fluxului senzorial — criterii care sunt hotărâtoare în privința informațiilor care trebuie să fie acceptate sau excluse — pot fi înțelese ca reflectând ceea ce reprezintă cel mai bine interesele persoanei în acel moment. Prin urmare, atunci când persoanei respective îi este foame, se acordă prioritate fluxului senzorial care are legătură cu mâncarea, în timp ce alte lucruri care în alte momente ar reprezenta interes pentru ea sunt excluse. Cu toate acestea, dacă există amenințarea unui pericol, prioritățile se modifică rapid, așa încât fluxul senzorial care are legătură cu problemele pericolului și siguranței trec în prim plan, iar fluxul sen-

zorial care are legătură cu mâncarea este temporar exclus. Această modificare la nivel de criterii care determină care flux senzorial va fi acceptat și care va fi exclus este realizată de sistemele de evaluare din centrul personalității.

Prin urmare, rezumând concluziile care provin dintr-o disciplină înrudită cu a noastră, ideile principale pe care doresc să le subliniez sunt: în primul rând, de-a lungul vieții sale, o persoană se implică în excluderea (sau înlăturarea) unei mari părți din informațiile care ajung la ea; în al doilea rând, persoana procedează în acest fel numai după ce a fost evaluată relevanța acelor informații; și în al treilea rând, acest proces de excludere selectivă are de obicei loc fără ca persoana să-și dea seama în vreun fel de producerea lui.

Până acum, după cum se știe, majoritatea acestor experimente au avut în vedere procesarea fluxului senzorial curent, adică percepția, și nu utilizarea informațiilor stocate în memorie, adică reamintirea. Cu toate acestea, se pare că există probabilitatea să fie aplicabile aceleași principii generale. În fiecare dintre aceste cazuri, criteriile sunt stabilite de unul sau de mai multe sisteme de evaluare centrale și tocmai aceste criterii sunt cele care determină ce informații vor fi admise în procesarea ulterioară și conștientă, și ce informații vor fi excluse. Astfel, grație activității psihologilor cognitiști, nu mai există dificultăți în imaginarea și descrierea în termeni operaționali a unui aparat mental capabil să înlătore informații de anumite tipuri specifice și să le proceseze astfel fără ca persoana să își dea seama ce se petrece.

Haideți să abordăm în continuare cea de-a doua categorie de scene și experiențe care tind să fie înlăturate și uitate și care, în același timp, continuă să influențeze mai mult sau mai puțin



184 gândurile, sentimentele și comportamentul unei persoane. Acestea sunt scenele și experiențele în care părinții și-au tratat copiii în moduri pe care copiii le consideră a fi prea insuportabile pentru a se gândi la ele sau pentru a și le aminti. Din nou, avem de-a face nu doar cu amnezia, parțială sau completă, privind o succesiune de evenimente, ci și cu excluderea din planul conștient a gândurilor, sentimentelor și impulsurilor de acțiune, care sunt răspunsuri naturale la astfel de evenimente. Acest aspect are ca rezultat tulburări majore de personalitate care, în formele lor mai obișnuite și mai puțin grave, pot fi diagnosticate ca narcisism sau Sine fals, iar în formele mai grave pot fi diagnosticate ca fugă disociativă<sup>31</sup>, psihoză sau tulburare de personalitate multiplă<sup>32</sup>. Experiențele care au dat naștere acestor tulburări au fost probabil continue sau repetate de-a lungul mai multor ani ai copilăriei, începând probabil în cel de-al doilea sau al treilea an de viață și continuând în cel de-al patrulea an de viață, al cincilea, al șaselea și al șaptelea, și, adesea, fără îndoială, chiar și mai târziu. Aceste experiențe includ respingeri repetate din partea părinților, asociate cu disprețul față de dorința copilului de a fi iubit, îngrijit și alinat și, în special în formele mai grave, includ violența fizică (bătaia), repetată și uneori regulată, și abuzul sexual din partea tatălui sau a

<sup>31</sup> Fuga disociativă (denumită anterior Fuga psihogenă) presupune plecări subite și inopinate de acasă sau de la locul în care individul își desfășoară în mod obișnuit activitățile zilnice, plecări care sunt însoțite de incapacitatea de a-și aminti trecutul personal. Un element asociat este cel de confuzie privind propria identitate sau chiar de asumare a unei noi identități. (N.t.)

<sup>32</sup> Tulburarea de personalitate multiplă poartă astăzi numele de Tulburare de identitate disociativă (cf. DSM-IV-TR). Această tulburare presupune existența a două sau mai multe stări de personalitate sau identități distincte, fiecare având un model perceptiv propriu legat de mediu și de Sine. Se presupune că există o *identitate primară*, celelalte identități fiind numite *identități alternative*. Aceste identități diferite iau în mod recurent controlul comportamentului individului respectiv. (N.t.)

185 iubitului mamei. Nu rareori, un copil aflat în această situație grea este supus unei combinații de astfel de experiențe.

Vom începe cu extrema mai puțin gravă a ceea ce pare a fi un spectru de sindroame înrudite.

Într-o prelegere anterioară am prezentat deja cazul unui pacient diagnosticat ca având un „Sine fals”. Este vorba despre cazul unui tânăr absolvent, care suferea de depresie gravă și avea ideea de suicid, și care și-a amintit pe parcursul analizei modul în care mama lui îl respingea mereu, ignorând momentele în care plângea, și care se închidea în camera ei zile în șir, și care de câteva ori a plecat de acasă. Din fericire, pacientul se afla în analiză cu o terapeută care i-a înțeles problemele, care a avut încredere deplină în relatările pacientului referitoare la experiențele din copilărie și care a recunoscut, cu compasiune, atât dorința neîmpărtășită a pacientului de iubire și îngrijire, cât și sentimentele violente față de mama lui pe care le provocase modul în care ea îl tratase; toate aceste sentimente au fost inițial îndreptate către terapeută. În Prelegerea 4 a fost prezentat cazul unei paciente cu probleme oarecum asemănătoare, însă ale cărei experiențe au inclus și o perioadă de 18 luni în care ea a fost instituționalizată, perioadă care a început atunci când pacienta avea 4 ani. Cu toate că acești pacienți au făcut progrese satisfăcătoare pe parcursul tratamentului, ambii au rămas mai vulnerabili decât alte persoane la alte situații nefericite.

În ultimii zece ani, terapeuții au prezentat cazurile unor pacienți, atât copii, cât și adulți, ale căror tulburări par să-și aibă originea în experiențe similare care, însă, au fost, în principal, mai grave și care au avut ca rezultat o scindare a personalității de un grad chiar mai ridicat. Unul dintre aceste cazuri este cel al lui Geraldine, o fetiță în vârstă de 11 ani, care a fost găsită



rătăcind, într-o stare de confuzie, și care uitase complet atât de boala fatală a mamei ei, cât și evenimentele survenite în următorii trei ani. La finalul unei terapii care a durat mult timp — terapie descrisă în detaliu de McCann (în Furman, 1974), Geraldine a rezumat experiențele care au precedat amnezia ei: „Cu mama, eram speriată de moarte, ca nu cumva să mă comport necorespunzător. Am văzut cu ochii mei cum îi agresa, prin cuvinte sau acte, pe tata și pe sora mea și, până la urmă, eu eram doar un copil mic, eram atât de neputincioasă... Cum aș fi putut să fiu vreodată furioasă pe mama — când ea era singura care, totuși, îmi oferea siguranță... Am șters toate sentimentele — lucrurile care se petreceau erau mai mult decât puteam suporta — trebuia să merg mai departe. Dacă aș fi permis într-adevăr ca aceste lucruri să mă lovească, nu aș mai fi fost acum aici. Aș fi fost moartă sau într-un spital de psihiatrie.”<sup>33</sup>

Starea psihologică complexă a lui Geraldine, precum și experiențele din copilărie despre care se presupune că ar fi cauzat această stare seamănă mult cu starea pacienților care suferă de tulburare de personalitate multiplă și cu experiențele din copilărie despre care se consideră că ar cauza această tulburare.

Bliss (1980) descrie într-un articol cazurile a 14 pacienți diagnosticate cu tulburare de personalitate multiplă, având la bază examinări clinice și terapia prin metoda hipnozei. Ipoteza pe care Bliss o propune este aceea că personalitățile alternative care preiau din când în când controlul asupra pacientului reprezintă creații cognitive ale personalității primare — personalitatea unui copil care, la vârsta de 4–7 ani, a fost supus pentru perioade îndelungate unor situații extrem de dificile. Potrivit lui Bliss, fiecare

<sup>33</sup> O prezentare mai detaliată a cazului descris de McCann poate fi regăsită în volumul *Loss* [Pierderea] (Bowlby, 1980, 338–44).

dintre aceste personalități alternative este construită inițial pentru a servi unui scop sau rol distinct. Cea mai simplă și mai benignă situație este aceea în care, atunci când copilul se simte singur sau izolat, își contruiește un personaj care joacă rolul de prieten și protector — situație care apare de exemplu, atunci când părinții sunt în permanență ostili și/sau absenți și nu există o altă persoană la care copilul să poată apela. Un al doilea rol este acela de a fi anesteziat în situațiile insuportabil de dificile, așa cum arată cazul unui copil de 4–5 ani care stătea în aceeași cameră cu mama lui care murea de cancer și urla de durere ore în șir. Cel de-al treilea rol este mai complex, și anume acela de a asumare a responsabilității pentru gândurile, sentimentele și acțiunile pe care pacientul nu le acceptă ca fiind ale lui. Exemplele date de Bliss le includ pe următoarele: un sentiment de ură violentă a unui pacient față de mama lui, care încercase să îl omoare atunci când el era copil, o ură care a ajuns la nivelul unei intenții de a o ucide realmente; sentimente și acțiuni cu conotație sexuală, ulterioare unui viol petrecut în copilărie; sentimente de frică și tristețe datorate faptului că plânsul pacientului i-a determinat pe părinți să-l pedepsească și să-l amenințe.

Din moment ce descoperirile care provin din utilizarea procedurilor hipnotice sunt controversate, este important de menționat faptul că un grup de cercetare clinică din Irvine, asociat Universității din California, care utilizează proceduri standard și care a studiat un număr de cazuri (Reagor, discuție personală), a ajuns la concluzii foarte similare celor ale lui Bliss<sup>34</sup>. Procedeele terapeutice propuse au, de asemenea, multe aspecte

<sup>34</sup> A se vedea de asemenea Bliss (1986). De asemenea, Kluft (1985) prezintă dovezi suplimentare care susțin faptul că tulburarea de personalitate multiplă se dezvoltă în copilărie, ca apărare față de o traumă extrem de intensă, de obicei situațiile grave de abuz.

188 comune și, mai mult, sunt în concordanță cu conceptele terapeutice prezentate în ultima prelegere din acest volum.

Și, ca să abordăm la final cealaltă extremă a spectrului de sindroame înrudite, menționăm că un număr de specialiști din domeniul psihiatriei și psihoterapiei copilului (de exemplu, Stroh, 1974; Rosenfeld, 1975; Bloch, 1978; Hopkins, 1984), au prezentat cazurile unor copii ale căror ideeție și comportament păreau să fie la limita tulburărilor psihotice, dacă nu erau chiar psihotici; acești copii prezentau o ideeție predominant paranoidă, iar tulburarea lor, așa cum indică dovezile, poate fi atribuită tratamentului abuziv constant la care au fost supuși din partea părinților lor. Adesea, acești copii sunt fermecători și seducători într-un moment, iar în următorul moment sunt ostili și sălbatici, această schimbare survenind brusc și fără vreun motiv clar. Mai mult, comportamentul marcat de cea mai puternică violență tinde să fie îndreptat cel mai adesea exact către acel individ de care par să fie (și de fapt chiar sunt) cel mai atașați. Nu rareori, acești copii sunt terorizați de teama intensă că îi va ataca vreun monstru și își petrec timpul încercând să scape de acest atac pe care îl așteaptă. Cel puțin în unele cazuri, există dovezi clare că lucrul de care se tem este un atac din partea unuia dintre părinți, însă, deoarece această așteptare este insuportabil de înfricoșătoare, atacul așteptat este atribuit unui monstru imaginar.

Ca exemplu, haideți să luăm în considerare cazul unei fete în vârstă de 6 ani, Sylvia, caz prezentat de Hopkins (1984); unul dintre simptomele ei principale era groaza pe care o trăia că scaunele și alte piese de mobilier, pe care ea le numea Dalek-i, vor zbura prin cameră și o vor lovi. „Groaza ei era intensă, și atunci când se ghemuia și se ferea ca și cum urma să primească o lovitură de la vreun Dalek sau vreun alt monstru, credeam că are

189 halucinații”. De la bun început, Sylvia și-a exprimat teama că terapeuta o va lovi, așa cum făcea și mama ei. Nu numai că Sylvia își ataca în mod constant terapeuta, dar adesea o amenința că o va ucide.

Tatăl Sylviei murise într-un accident rutier în urmă cu doi ani. Pe parcursul mai multor luni în care un asistent social a efectuat o serie de interviuri, cu o frecvență de două ori pe săptămână, mama a fost extrem de precaută și a spus puține lucruri despre relațiile din cadrul familiei. În cele din urmă, după aproape doi ani, vâlul de tăcere s-a risipit. Mama a recunoscut că o respingea enorm pe Sylvia, încă din momentul în care fetița se născuse, și că atât mama, cât și tatăl nutreau sentimente criminale față de copil. Mama a mărturisit că modul în care o trata pe Sylvia era „cu totul brutal”. Tatăl avusese crize de furie extrem de violente, iar în accesele lui de furie, deloc rare, distrugea mobila și o arunca prin cameră. O bătuse de multe ori pe Sylvia și chiar o aruncase și pe ea prin cameră.

Astfel, identitatea Dalek-ilor nu putea fi pusă la îndoială. În spatele „fanteziei” legate de un atac din partea vreunui Dalek, se afla într-adevăr o expectație, bazată pe realitate, a unui atac din partea tatălui sau a mamei. Așa cum a afirmat Bloch (1978), o premisă fundamentală în abordarea terapeutică a acestor cazuri — abordare pe care ea și alți profesioniști o susțin — este că acea situație care este atât de ușor denumită fantezie poate fi înțeleasă ca fiind o reflectare a unei realități înfiorătoare, și că o primă sarcină terapeutică este aceea de a identifica experiențele din viața reală care se află în spatele acestui camuflaj înșelător.

Nu numai că experiențele din trecut ale acestor copii aproape pe psihotici sunt asemănătoare celor care sunt considerate a fi

caracteristice pacienților adulți cu tulburare de personalitate multiplă, dar stările psihice descrise de terapeuții respectivi au, de asemenea, trăsături uimitor de similare. Prin urmare, există o probabilitate foarte mare ca cele două tulburări să fie foarte înrudite. De asemenea, ar trebui menționat faptul că aceste concluzii la care s-a ajuns susțin ipoteza avansată de Niederland (1959 a și b, dezbătută de Bowlby, 1973), conform căreia delirurile paranoide ale judecătorului Schreber — caz în baza căruia Freud și-a formulat teoria despre paranoia<sup>35</sup> — reprezintă versiuni deformate ale tratamentului extrem de sever la care acesta a fost supus de tatăl său, încă din primele luni de viață.

În această lucrare, la fel ca în aproape întreaga mea activitate, mi-am îndreptat atenția asupra psihopatologiei și asupra unora dintre condițiile care o provoacă. Am făcut acest lucru deoarece sunt convins că numai în condițiile unei mai bune înțelegeri a etiologiei și psihopatologiei va fi posibil să dezvoltăm tehnici terapeutice și, în special, acele măsuri de prevenire care vor avea o eficiență imediată și vor fi economice din punctul de vedere al efortului profesional investit.

Abordarea terapeutică pe care o adopt nu este deloc originală. Ipoteza fundamentală poate fi formulată simplu. Atâta timp cât modurile curente de percepere și construire a situațiilor (precum și sentimentele și acțiunile care rezultă din aceste moduri) sunt determinate de evenimente semnificative din punct de vedere emoțional și de experiențe care au fost înlăturate din procesarea conștientă ulterioară, personalitatea unui individ este

<sup>35</sup> Referire la lucrarea din 1911 a lui Freud, *Observații despre un caz de paranoia* (Dementia paranoides) descris autobiografic. (N.t.)

predispusă să adopte gânduri, afecte și comportamente care sunt dezadaptative în situația curentă. Atunci când dorința de iubire și îngrijire este înlăturată, ea continuă să fie inaccesibilă. Atunci când există furie, aceasta continuă să fie îndreptată către ținte nepotrivite. În mod similar, anxietatea continuă să fie declanșată în situații nepotrivite, iar individul se va aștepta la un comportament ostil din partea unor persoane nepotrivite. Prin urmare, sarcina terapeutică este aceea de a ajuta pacientul să descopere care ar fi putut să fie acele evenimente și experiențe, așa încât gândurile, sentimentele și comportamentul pe care situațiile respective le declanșează, și care continuă să fie atât de supărătoare, să poată fi corelate din nou cu situațiile care le-au declanșat. Apoi, țintele reale ale dorințelor și furiei pacientului și sursele reale ale anxietății și temerii sale vor deveni clare. Nu numai că aceste descoperiri îi vor arăta individului în cauză că modurile sale cognitive, afective și comportamentale sunt mult mai ușor de înțeles — date fiind circumstanțele în care ele își au originea — decât păruseră înainte, dar, odată ce pacientul și-a dat seama de modul și de motivele pentru care răspunde în acel fel, el va fi în poziția de a-și reevalua reacțiile și, dacă dorește, poate să le restructureze radical. Din moment ce o astfel de reevaluare și restructurare poate fi realizată numai de către pacient, în această formulare a sarcinii terapeutului accentul se pune asupra faptului că mai întâi terapeutul trebuie să-și ajute pacientul să descopere *pentru sine* care ar fi putut fi acele scene și evenimente relevante; și ulterior să acorde timp pentru a stabili modul în care acestea au continuat să-l influențeze. Abia atunci pacientul se va afla în poziția de a începe să-și reorganizeze modurile de a-și construi lumea, de a o gândi și de a se comporta în această lume.

Conceptele procesului terapeutic care sunt subliniate în această lucrare sunt similare celor descrise într-un mod mai detaliat de către alți autori. Exemple în acest sens ar fi lucrările publicate de Peterfreund (1983) și de Guidano & Liotti (1983). Cu toate că autorii acestor două cărți și-au început activitatea terapeutică de pe poziții radical diferite — și anume versiuni clasice ale psihanalizei și, respectiv, ale terapiei comportamentale — principiile care, în acest moment, le îndrumă activitatea prezintă o convergență uimitoare. În mod similar, forme actuale de terapie în cazul pierderii unei persoane apropiate, care se concentrează asupra evenimentelor cauzatoare de stres dintr-un trecut relativ recent, par să fie fundamentate pe exact aceleași principii chiar și în cazul în care aceste forme de terapie sunt dezvoltate în cadrul unor teorii la fel de diferite (Raphael, 1977; Melges și DeMaso, 1980). Chiar dacă ar putea să apară încă tactici divergente, gândirea strategică se află pe traiectorii convergente.

## Rolul atașamentului în dezvoltarea personalității

*Dovezile privind rolul atașamentului în dezvoltarea personalității s-au înmulțit rapid în anii '80. Rezultatele unor studii anterioare s-au regăsit și în cercetări care s-au efectuat pe eșantioane de diferite tipuri; metodele de observare au fost îmbunătățite și s-au introdus noi metode; și a fost subliniat rolul comunicării bidirecționale dintre părinte și copil, realizată cu ușurință pentru dezvoltarea emoțională sănătoasă. Deoarece consider că această nouă activitate de cercetare are implicații clinice importante, scopul meu este ca, în această prelegere, să trec în revistă aceste descoperiri, într-o formă adecvată pentru cei care lucrează ca psihoterapeuți în domeniul sănătății mentale.*

*Pentru ca lectura să fie mai facilă, voi începe prin a prezenta din nou, într-o formă rezumată, câteva dintre caracteristicile cele mai specifice ale teoriei atașamentului.*

Să ne reamintim că teoria atașamentului a fost formulată pentru a explica anumite tipare de comportament, specifice nu doar bebelușilor și copiilor mici, ci și adolescenților și adulților, tipare care, anterior, au fost conceptualizate în termenii dependenței și ai dependenței excesive. În cadrul formulării inițiale a acestei teorii, au avut o deosebită importanță observațiile asupra modului în care copiii mici reacționează atunci când se află în Situații străine, cu oameni străini, precum și efectele pe care astfel de experiențe le au asupra relațiilor ulterioare ale copilului cu părinții lui. În cadrul întregii activități care a urmat, teoria a continuat să fie strâns legată de observațiile detaliate și de datele obținute în urma interviurilor privind modul în care indivizii reacționează în situații specifice. Din punct de vedere istoric, teoria atașamentului s-a dezvoltat din teoria psihanalitică a relațiilor de obiect; însă, totodată, a utilizat concepte din teoria evoluționistă, din etologie, din teoria controlului și din psihologia cognitivă. Un rezultat la care a dus această sinteză este reprezentat de reformularea metapsihologiei psihanalitice în moduri compatibile cu biologia și psihologia modernă și în conformitate cu criteriile general acceptate ale științelor naturii (a se vedea Prelegerea 4).

Teoria atașamentului pune accentul pe:

- (a) caracterul fundamental și funcția biologică a legăturilor emoționale intime dintre indivizi; se postulează că formarea și menținerea acestor legături sunt controlate prin intermediul unui sistem cibernetic situat în sistemul nervos central, sistem care utilizează modelele interne de

lucru ale sinelui și ale figurii de atașament aflate în relație unul cu celălalt<sup>36</sup>;

- (b) influența puternică pe care o au asupra dezvoltării unui copil modurile în care el este tratat de către părinții lui, în special de către figura maternă;
- (c) cunoștințele actuale referitoare la dezvoltarea bebelușului și a copilului necesită ca o teorie a liniilor de dezvoltare să înlocuiască teoriile care invocă stadii specifice ale dezvoltării, la care se presupune că o persoană poate să rămână fixată și/sau la care poate să regreseze.

### Caracterul primar al legăturilor emoționale intime

Teoria atașamentului consideră că tendința de a crea legături emoționale intime cu anumiți indivizi este un element fundamental al naturii umane, deja prezent într-o formă germinală la nou-născut și care continuă să existe la vârsta adultă, până la bătrânețe. În perioada de sugar și în copilărie, aceste legături se creează cu părinții (sau cu înlocuitori ai acestora), care sunt căutați pentru protecție, liniștire și sprijin. În timpul unei adolescențe și al unei vieți adulte sănătoase, aceste legături se mențin, dar sunt însoțite de noi legături, de obicei heterosexuale. Cu toate că nevoile de hrănire și sexuale joacă uneori un rol important în relațiile de atașament, relația este de sine stătătoare și are o funcție

<sup>36</sup> În lucrări anterioare am utilizat de câteva ori conceptul de „model reprezentational”, ca sinonim pentru „model de lucru”, deoarece conceptul de reprezentare era mai bine cunoscut în literatura clinică. Totuși, în cadrul unei psihologii dinamice, conceptul „model de lucru” este mai adecvat, fiind totodată termenul care începe să fie utilizat de psihologii cognitiști (de exemplu, Johnson-Laird, 1983). În cadrul conceptual al teoriei atașamentului, conceptul de model de lucru al unei figuri de atașament este în multe privințe echivalent cu (și înlocuiește) conceptul psihanalitic tradițional de obiect intern.

196 adaptativă proprie esențială, și anume protecția. Inițial, singurul mijloc de comunicare între bebeluș și mamă se realizează prin exprimarea emoțională și comportamentul asociat acesteia. Cu toate că, mai târziu, la comunicarea mediată emoțional se adaugă vorbirea, aceasta se va menține totuși de-a lungul vieții ca trăsătură principală a relațiilor intime.

Prin urmare, în cadrul teoriei atașamentului, legăturile emoționale intime nu sunt înțelese nici ca fiind subordonate nevoilor de hrănire și sexuale, și nici ca derivând din acestea. De asemenea, dorința imperioasă de liniștire și sprijin în situațiile dificile nu este privită ca fiind infantilă, așa cum sugerează teoria dependenței. În schimb, capacitatea de a forma legături emoționale intime cu alți indivizi — uneori în rolul celui care caută îngrijiri și alteori în rolul celui care oferă îngrijiri — este considerată ca reprezentând o caracteristică principală a unei bune funcționări a personalității și a sănătății mentale.

De regulă, căutarea îngrijirii este manifestată de un individ mai slab și mai puțin experimentat față de o persoană considerată a fi mai puternică și/sau mai înțeleaptă. Un copil sau o persoană adultă care se află în rolul celui care caută îngrijire se menține în proximitatea celui care oferă îngrijire; gradul de proximitate sau de accesibilitate imediată depinde de circumstanțe: de aici derivă conceptul de comportament de atașament.

Oferirea îngrijirii, rolul major al părinților, complementar comportamentului de atașament, este înțeleasă din aceeași perspectivă ca și căutarea îngrijirii, și anume ca element fundamental al naturii umane (a se vedea Prelegerea 1).

Explorarea mediului, incluzând aici jocurile și diversele activități cu cei de aceeași vârstă, este privită ca fiind cel de-al

197 treilea element fundamental, și opus comportamentului de atașament. Atunci când un individ (de orice vârstă) se simte în siguranță, el tinde să exploreze mediul, îndepărtându-se de figura de atașament. Atunci când este speriat, anxios, obosit sau bolnav, el resimte nevoia unei apropieri de figura de atașament. Astfel, putem observa tiparul obișnuit de interacțiune dintre copil și părinte, cunoscut sub numele de explorare de la o bază de siguranță, descris pentru prima dată de Ainsworth (1967). În cazul în care un copil sănătos știe că părintele este accesibil și că va răspunde dacă este solicitat, el se simte suficient de sigur pentru a explora. La început, aceste explorări sunt limitate în timp și spațiu. Cu toate acestea, aproximativ la vârsta de doi ani și jumătate, un copil sigur începe să fie suficient de încrezător pentru a crește perioada de timp și distanța — la început, crește perioada de timp până la o jumătate de zi, iar mai târziu la întreaga zi. Pe măsură ce se îndreaptă către vârsta adolescenței, incursiunile lui vor dura săptămâni sau luni, însă, cu toate acestea, o bază familială de siguranță rămâne indispensabilă pentru funcționarea lui optimă și pentru sănătatea lui mentală. A se observa faptul că acest concept de bază de siguranță reprezintă o caracteristică centrală a teoriei psihoterapiei pe care am formulat-o.

În perioada primelor luni de viață, un bebeluș prezintă multe dintre răspunsurile care compun ceea ce mai târziu va deveni comportament de atașament, însă un tipar structurat nu se va dezvolta până în cea de-a doua jumătate a primului an de viață. Încă de la naștere, el va prezenta o capacitate aflată în stare germinală de a se implica în interacțiuni sociale și va arăta că acest lucru îi face plăcere (Stern, 1985): prin urmare, nu există un stadiu de autism sau narcisism. Mai mult, în câteva zile, el

va fi capabil să facă distincția între figura maternă și alte persoane, recunoscându-i mirosul sau vocea, precum și felul de a-l ține în brațe. El nu se poate baza pe simțul vizual până la vârsta de 3 luni. La început, plânsul este singurul mijloc pe care îl are la dispoziție pentru a semnaliza că are nevoie de îngrijire, iar manifestarea satisfacției este singurul mijloc prin care îi semnalează mamei că l-a mulțumit. Totuși, în cea de-a doua lună de viață, zâmbetul lui funcționează ca semn prin care își încurajează mama să-l îngrijească, iar repertoriul lui de comunicări emoționale se dezvoltă rapid (Izard, 1982; Emde, 1983).

Dezvoltarea comportamentului de atașament ca sistem organizat, având ca scop menținerea proximității sau a accesibilității unei figuri materne diferențiate, necesită ca acel copil să-și fi dezvoltat capacitatea cognitivă de a o păstra pe mamă în mintea lui atunci când ea nu este prezentă: această capacitate se dezvoltă pe parcursul celei de-a doua jumătăți a primului an de viață. Astfel, începând cu vârsta de nouă luni, marea majoritate a copiilor răspund la situații în care sunt lăsați cu o persoană străină prin protest și plâns, precum și prin agitație îndelungată și respingerea persoanei străine. Aceste observații demonstrează faptul că în perioada acestor luni de viață un copil mic începe să fie capabil de reprezentare și că modelul lui de lucru referitor la mamă începe să-i fie disponibil, având funcția de a face posibilă comparația între ea și alte persoane atunci când mama lipsește și de a o recunoaște atunci când ea se întoarce. Pe lângă modelul de lucru al mamei, el dezvoltă un model de lucru al sinelui aflat în interacțiune cu ea; la fel va proceda și cu tatăl.

O caracteristică importantă a teoriei atașamentului este reprezentată de ipoteza conform căreia comportamentul de atașament

se organizează prin intermediul unui sistem de control, situat în sistemul nervos central; acesta este analog sistemelor de control fiziologice care mențin parametrii fiziologici, precum tensiunea arterială sau temperatura corporală între limitele stabilite. Astfel, teoria atașamentului propune ipoteza că, într-un mod analog homeostaziei mediului intern, sistemul de control al atașamentului menține relația unui individ cu figura lui de atașament între anumite limite de distanță și accesibilitate; pentru a face posibil acest lucru, individul utilizează metode din ce în ce mai sofisticate de comunicare. Astfel, efectele în sine ale funcționării acestui sistem pot fi privite ca exemplu a ceea ce ar putea fi numit, într-un mod util, homeostazia mediului extern (Bowlby, 1969, 1982). Postulând existența unui sistem de control de acest fel (cu sisteme analoge care controlează alte forme de comportament), teoria atașamentului conține în cadrul ei o teorie a motivației care poate să înlocuiască teoriile tradiționale care invocă o presupusă acumulare de energie sau pulsione. Printre avantajele teoriei controlului se află faptul că aceasta acordă la fel de multă atenție condițiilor care pun capăt unei succesiuni de comportamente, cât și acelor condiții care o declanșează; totodată, teoria controlului oferă un cadru prolific pentru cercetarea empirică.

Prezența unui sistem de control al atașamentului și conexiunea acestui sistem cu modelele de lucru ale sinelui și ale figurii (sau figurilor) de atașament — care se construiesc în minte în timpul copilăriei — sunt considerate a fi caracteristicile centrale ale funcționării personalității pe parcursul întregii vieți a individului.

## Tipare de atașament și condițiile care determină dezvoltarea lor

Cel de-al doilea domeniu căruia teoria atașamentului îi acordă o atenție deosebită se referă la rolul părinților unui copil în determinarea modului în care acesta se dezvoltă. Astăzi există din ce în ce mai multe dovezi remarcabile care demonstrează faptul că tiparul de atașament pe care un individ îl dezvoltă înainte de maturitate — în perioada de sugar, copilărie și adolescență — este profund influențat de modul în care l-au tratat părinții lui (sau alte figuri parentale). Aceste dovezi provin din mai multe cercetări sistematice, cele mai remarcabile fiind studiile prospective asupra dezvoltării socio-emoționale în perioada primilor cinci ani de viață; aceste studii au fost întreprinse de specialiști în domeniul psihologiei dezvoltării care au, de asemenea, o formare clinică. Inițiate de Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters și Wall, 1978; Ainsworth, 1985) și dezvoltate în Statele Unite în special de Main (Main, Kaplan și Cassidy, 1985) și de Sroufe (1983, 1985), iar în Germania de Grossmann (Grossmann, Grossmann și Schwan, 1986), numărul acestor studii crește acum rapid. Rezultatele lor au un grad de concordanță foarte ridicat și au o considerabilă importanță clinică.

Au fost identificate trei tipare principale de atașament — prezentate pentru prima dată de Ainsworth și colaboratorii ei în 1971 — precum și condițiile din cadrul familiei care le determină. Primul tipar este cel de atașament caracterizat de siguranță; în acest caz, individul are încredere că părintele lui (sau figura lui parentală) va fi disponibil, responsiv și îi va oferi ajutor dacă se va confrunta cu situații potrivnice sau înfricoșătoare. Având această garanție, el explorează cu curaj mediul înconjurător.

Acest tipar de atașament este susținut de un părinte — în primii ani, în special de mamă — care este disponibil imediat, percepe semnalele copilului său și răspunde cu afecțiune atunci când acesta caută protecție și/sau alinare.

Un al doilea tipar este cel de atașament caracterizat de anxietate și rezistență; în acest caz, individul nu are certitudinea că părintele va fi disponibil sau responsiv, sau că îl va ajuta în cazul în care îl solicită. Datorită acestei incertitudini, individul este în permanență predispus la anxietatea de separare, tinde să se agațe și manifestă anxietate în legătură cu explorarea mediului. Acest tipar, în cadrul căruia conflictul este evident, este susținut de un părinte care uneori este disponibil și îl ajută, dar alteori nu; de asemenea, acest tipar este susținut, așa cum arată rezultatele studiilor clinice, de separări repetate și de amenințări cu abandonul folosite ca mijloc de control.

Al treilea tipar este cel de atașament caracterizat de anxietate și evitare; în acest caz, individul nu are încredere că, dacă va căuta protecție, i se va răspunde și va fi ajutat; din contră, el se așteaptă să fie refuzat categoric. În cazul în care un individ prezintă într-un grad ridicat acest tipar de atașament, el încearcă să-și trăiască viața fără iubirea și sprijinul celorlalți, încearcă să devină independent din punct de vedere emoțional, iar mai târziu ar putea fi diagnosticat ca având o personalitate narcisică sau un Sine fals, de tipul celui descris de Winnicott (1960). Acest tipar, în cadrul căruia conflictul este mai ascuns, reprezintă rezultatul faptului că mama individului respectiv l-a respins categoric, în mod constant, atunci când el se apropia de ea pentru a-i cere alinare sau protecție. Cazurile cele mai grave de indivizi care prezintă un astfel de tipar de atașament reprezintă rezultate ale respingerilor repetate.



Cu toate că, în cele mai multe cazuri, tiparul observat se află într-o oarecare concordanță cu unul dintre cele trei tipare bine cunoscute, au existat și o serie de excepții mai problematice. Pe parcursul procedurii de evaluare utilizate în cadrul studiilor menționate mai sus („Situția străină”), utilizată de Ainsworth, când interacțiunea dintre copilul mic și mamă este observată pe parcursul unei serii de episoade scurte, anumiți copii au părut să fie dezorientați și/sau dezorganizați. Unul dintre copii părea confuz; altul a încremenit și a rămas nemișcat; altul a prezentat o anumită stereotipie; și alt copil a început să facă o mișcare, iar apoi s-a oprit fără nicio explicație. După studii îndelungate, Main și colaboratorii ei au ajuns la concluzia că aceste forme deosebite de comportament apar la copiii mici care prezintă o variantă dezorganizată a unuia dintre cele trei tipare de atașament tipice, de obicei tiparul de atașament caracterizat de anxietate și rezistență (Main și Weston, 1981; Main și Solomon, 1990). Alte cazuri sunt cele ale copiilor despre care se știe că au fost abuzați fizic și/sau teribil de neglijanți de către părinte (Crittenden, 1985). Alte cazuri apar în situația unei diade mamă-copil în care mama prezintă o formă gravă de tulburare afectivă bipolară, și care își tratează copilul într-un mod eratic și imprevizibil (Radke-Yarrow *et al.*, 1985). Alte astfel de cazuri sunt cele ale copiilor ai căror mame sunt încă absorbite de doliul după o figură parentală pierdută în copilăria lor; și cazuri ale copiilor ale căror mame au fost supuse în copilărie unui abuz fizic sau sexual (Main și Hesse, 1990). Cazurile de copii care prezintă aceste tipare de atașament neobișnuite fac obiectul unui deosebit interes clinic, iar în acest moment li se acordă multă atenție.

Cunoștințele pe care le avem cu privire la originile acestor tipare de atașament neobișnuite confirmă în cel mai evident mod

posibil influența modului în care părintele își tratează copilul asupra tiparului de atașament al acestuia. Mai multe dovezi care confirmă acest lucru provin dintr-un studiu care a avut la bază observații detaliate asupra modului în care diferite mame își tratează copiii pe parcursul unei situații experimentale, realizate atunci când copiii aveau vârsta de doi ani și jumătate (Matas, Arend și Sroufe, 1978). În cadrul acestui studiu, unui copil i se trasează o sarcină minoră, însă dificilă, pentru soluționarea căreia el are nevoie de puțin ajutor, iar mama lui este liberă să interacționeze cu el. S-a descoperit că, în această situație, modul în care ea îl tratează se află în strânsă corelație cu tiparul de atașament pe care copilul îl prezenta față de ea în urmă cu 18 luni. Astfel, se observă că mama unui copil care a fost evaluat anterior ca prezentând un atașament caracterizat de siguranță este sensibilă și preocupată de activitatea lui și reacționează la reușitele și dificultățile lui într-un mod care îl sprijină și îl încurajează. Pe de altă parte, se observă faptul că mama unui copil care a fost anterior evaluat ca prezentând un tipar de atașament caracterizat de nesiguranță este mai puțin preocupată de el și/sau mai puțin responsabilă. În unele cazuri, reacțiile ei sunt inoportune și inutile; în alte cazuri, ea nu sesizează ce face copilul sau cum se simte; în alte cazuri ea poate să descurajeze sau să respingă în mod explicit încercările copilului de a cere ajutor și încurajare. Observați faptul că tiparul de interacțiune adoptat de mama unui copil care prezintă un atașament caracterizat de siguranță oferă un model excelent pentru tiparul de intervenție terapeutică susținut în această lucrare.

Astfel, punând accent asupra influenței foarte mari pe care mama unui copil o are asupra dezvoltării lui, este de asemenea necesar să luăm în considerare aspectele care au determinat-o pe

204 mamă să adopte stilul de îngrijire respectiv. Una dintre influențele majore asupra stilului de îngrijire al mamei este reprezentată de gradul de susținere emoțională (sau de lipsă a acestei susțineri) de care ea beneficiază în acel moment. O altă influență este reprezentată de forma de îngrijire de care ea însăși a dispus în copilărie. Odată ce acești factori sunt recunoscuți, aspect care a fost realizat de multă vreme de mulți clinicieni de orientare psihanalitică, dispare ideea că părinții trebuie blamați, iar această idee este înlocuită de o abordare terapeutică. Deoarece problemele emoționale ale părinților — probleme care își au originea în trecut — și efectele acestora asupra copiilor au devenit acum un subiect supus cercetării sistematice, la finalul Prelegerii 8 este prezentată o scurtă descriere a activității desfășurate astăzi în acest domeniu.

### Persistența tiparelor de atașament

Dacă ne întoarcem acum la tiparele de atașament observate la copiii în vârstă de un an, studiile prospective arată că fiecare tipar de atașament, odată dezvoltat, tinde să persiste. Unul dintre motivele pentru care se întâmplă acest lucru este acela că modul în care un părinte își tratează copilul, mai bine sau mai rău, tinde să rămână neschimbat. Un alt motiv este acela că fiecare tipar tinde să se automențină. Astfel, un copil care prezintă un tipar de atașament caracterizat de siguranță este mai fericit, iar îngrijirea lui oferă părinților mai multe mulțumiri și, de asemenea, acesta este mai puțin solicitant în comparație cu un copil care prezintă un tipar de atașament caracterizat de nesiguranță. Un copil anxios și ambivalent are tendința să plângă și să se agațe; în timp ce un copil anxios și evitant păstrează

205 distanța și are tendința să agreseze alți copii. În aceste ultime două cazuri, comportamentul copilului poate să provoace un răspuns defavorabil din partea părintelui, și astfel se dezvoltă un cerc vicios.

Cu toate că, din aceste motive, tiparele, odată formate, pot să persiste, acest lucru nu înseamnă neapărat că se va întâmpla astfel. Dovezile arată că, în perioada primilor doi-trei ani de viață, tiparul de atașament reprezintă o caracteristică a relației, de exemplu, copilul în relație cu mama sau copilul în relație cu tatăl, iar dacă părintele își tratează copilul într-un mod diferit, tiparul se va schimba în consecință. Aceste schimbări, alături de multe alte dovezi fac obiectul unei treceri în revistă a cercetărilor realizată de Sroufe (1985), care susține că stabilitatea tiparului, atunci când se observă acest lucru, nu poate fi atribuită temperamentului înnașcut al copilului, așa cum s-a afirmat uneori. Cu toate acestea, pe măsură ce copilul crește, tiparul devine treptat o caracteristică a copilului însuși; aceasta înseamnă că el tinde să-l impună — sau să impună un derivat al acestui tipar — asupra unor noi relații, cum ar fi relația cu un profesor, cu o asistentă maternală sau cu un terapeut.

Rezultatele acestui proces de internalizare sunt evidente într-o cercetare prospectivă, care arată că tiparul de atașament caracteristic cuplului mamă-copil — așa cum este evaluat atunci când copilul are vârsta de 12 luni — prognozează cu o bună acuratețe modul în care copilul se va comporta, trei ani și jumătate mai târziu, în cadrul grupului de la grădiniță (când mama nu este prezentă). Astfel, există probabilitatea ca acei copii care au manifestat la vârsta de 12 luni un tipar de atașament caracterizat de siguranță față de mamă să fie descriși de personalul de îngrijire de la grădiniță ca fiind cooperanți, plăcuți de ceilalți copii,

optimiști și creativi. Cei care prezentau la vârsta de 12 luni un tipar de atașament caracterizat de anxietate și evitare pot fi descriși ca fiind izolați afectiv, ostili sau chiar antisociali și, în mod paradoxal, ei caută tot timpul să beneficieze de atenție. Cei care prezentau un tipar de atașament caracterizat de anxietate și rezistență pot fi de asemenea descriși ca încercând tot timpul să beneficieze de atenție, dar și încordați, impulsivi și irascibili, sau pasivi și neputincioși (Sroufe, 1983). În lumina acestor descoperiri, nu este de mirare că în alte două studii prospective — unul inițiat în California (Main și Cassidy, 1988) și unul asemănător în Germania (Wärtner, 1986) — tiparul de atașament observat la vârsta de 12 luni a prognozat cu o bună acuratețe tiparele de interacțiune cu mama cinci ani mai târziu.

Cu toate că gama de comportamente ale unui copil de 6 ani față de părintele lui este mult mai amplă decât cea a unui copil de un an, tiparele timpurii de atașament sunt totuși ușor de identificat la vârste mai mari de un profesionist. Astfel, copiii despre care se consideră că prezintă un atașament caracterizat de siguranță la vârsta de 6 ani sunt acei copii care își tratează părinții într-un mod relaxat și prietenos, stabilind cu ușurință relații intime, adesea subtile, cu ei, și care se implică într-o conversație liberă. Copiii identificați ca prezentând un tipar de atașament caracterizat de anxietate și rezistență prezintă un amestec de nesiguranță (incluzând tristețea și teama) și apropiere care alternează cu ostilitatea — uneori manifestată subtil, iar alteori deschis. În unele dintre aceste cazuri, observatorul este uimit de comportamentul copilului, deoarece acest comportament pare să fie conștientizat sau chiar artificial. Acești copii, ca și cum mereu ar anticipa un răspuns negativ din partea părintelui, încearcă să intre în grațiile acestuia, etalându-și toate calitățile, probabil

fiind drăgălași sau deosebit de încântători (Main și Cassidy, 1988; Main, discuție personală). 207

Copiii de 6 ani identificați ca prezentând un tipar de atașament caracterizat de anxietate și evitare au tendința de a ține părintele, într-un mod tăcut, la distanță. Ei îl salută într-un mod formal și concis; subiectele conversațiilor dintre ei rămân impersonale. Copilul își ocupă timpul jucându-se sau cu o altă activitate și ignoră propunerile părintelui, sau chiar le desconsideră.

La copiii care la vârsta de 12 luni păreau dezorganizați și/sau dezorientați, cinci ani mai târziu se observă faptul că prezintă o tendință evidentă de a-și controla sau de a-și domina părintele. Una dintre formele prin care se manifestă această tendință este de a trata părintele prin umilire și/sau respingere; o altă manifestare a acestor copii este aceea de a fi grijulii și protectori. Acestea sunt exemple clare a ceea ce clinicienii au numit inversare, sau răsturnare, a rolurilor din relația copil-părinte. Dialogurile dintre ei sunt fragmentate, frazele sunt începute însă neterminate, subiectele sunt aduse în discuție, însă se schimbă brusc.

Atunci când abordăm chestiunea referitoare la persistența unui tipar de interacțiune a unui copil de 6 ani cu părinții sau cu alte figuri parentale, se ridică o întrebare importantă: la această vârstă, în ce măsură aceste tipare sunt adânc înrădăcinate în personalitatea copilului și în ce măsură reprezintă ele o reflexie a modului în care părinții încă îl tratează? Răspunsul, indicat de experiența clinică, este că, la această vârstă, ambele aspecte au o mare influență; prin urmare, intervențiile terapeutice cele mai eficiente sunt acelea care le iau pe amândouă în considerare — de exemplu, intervenții care includ fie terapia de familie, fie terapia în paralel cu părinții și cu copilul.

În acest moment, se cunosc puține lucruri referitoare la modul în care interacțiunile cu mama influențează dezvoltarea personalității, comparativ cu modul în care o influențează interacțiunile cu tatăl. Nu ar fi deloc de mirare ca diferite aspecte ale personalității, manifeste în situații diferite, să fie influențate în moduri diferite. În plus, este de așteptat ca influențele acestor interacțiuni asupra băieților să fie diferite de cele asupra fetelor. Este evident că acesta este un domeniu complex, care necesită o amplă activitate de cercetare. Până atunci, considerăm că probabil, cel puțin în perioada primilor ani din viața unui individ, cea mai mare influență o are modelul de interacțiune dintre el și mamă. Acest lucru nu ar fi deloc surprinzător, dat fiind faptul că, în toate culturile pe care le cunoaștem, imensa majoritate a bebelușilor și a copiilor mici interacționează mult mai mult cu mama decât cu tatăl.

Trebuie să avem în vedere faptul că până acum cercetările prospective asupra relativei persistențe a tiparelor de atașament, precum și asupra trăsăturilor de personalitate care sunt specifice acestor tipare nu au fost întreprinse asupra copiilor cu vârste mai mari de 6 ani. Dar chiar și așa, două studii transversale întreprinse asupra adulților tineri arată faptul că trăsăturile de personalitate specifice fiecărui tipar de atașament în perioada primilor ani de viață pot fi regăsite și la adulții tineri (Kobak și Sceery, 1988; Cassidy și Kobak, 1988; Hazan și Shaver, 1987); și este mai mult decât probabil ca acestea să fi fost permanent prezente — exceptând cazurile în care relațiile din cadrul familiei s-au modificat substanțial în intervalul respectiv. Întreaga noastră experiență clinică susține cu fermitate această perspectivă.

Pentru a explica tendința tiparelor de atașament de a deveni treptat o caracteristică a copilului, teoria atașamentului apelează la conceptul de modele de lucru ale sinelui și ale părinților, concept care a fost deja prezentat. În perioada primilor ani de viață, copilul construiește modelul de lucru al mamei lui și al modurilor în care ea comunică și se comportă cu el, precum și un model analog al tatălui lui, la care se adaugă modelele de lucru complementare ale sinelui în interacțiune cu fiecare dintre părinți; se susține că toate aceste modele de lucru se instituie de vreme, ca structuri cognitive semnificative (Main, Kaplan și Cassidy, 1985). Așa cum demonstrează rezultatele cercetărilor, formele pe care le iau aceste modele de lucru au la bază experiențele din viața reală ale copilului, experiențe trăite în cadrul interacțiunii zilnice a copilului cu părinții lui. În consecință, modelul de lucru al sinelui pe care copilul îl construiește reflectă, de asemenea, imaginile pe care părinții le au în legătură cu el; aceste imagini sunt exprimate nu numai prin modul în care fiecare dintre părinți îl tratează, ci și prin lucrurile pe care i le *spune*. Ulterior, aceste modele de lucru determină modul în care copilul se simte față de fiecare dintre părinți și față de sine, modul în care el se așteaptă ca fiecare dintre părinți să-l trateze, precum și modul în care copilul își planifică propriul comportament față de ei. De asemenea, aceste modele de lucru determină atât temerile, cât și dorințele copilului, temeri și dorințe care se exprimă în reveriile lui.

Așa cum indică dovezile, aceste modele de lucru ale părintelui și sinelui aflați în interacțiune, odată construite, tind să persiste, iar individul „le ia de bune” într-o măsură atât de mare,

210 încât ele ajung să opereze la un nivel inconștient. Pe măsură ce un copil care prezintă un atașament caracterizat de siguranță crește, iar părinții lui încep să-l trateze diferit, modelele se actualizează treptat. Acest lucru înseamnă că, deși există o diferență privind momentul la care se produce actualizarea, modelele lui operante în acel moment continuă să fie simulări destul de bune ale modelelor sinelui și ale părinților lui aflați în interacțiune. În cazul unui copil care prezintă un atașament caracterizat de anxietate, această actualizare treptată a modelelor de lucru este într-o anumită măsură împiedicată prin intermediul excluderii defensive a experiențelor și informațiilor discrepante. Aceasta înseamnă că tiparele de interacțiune care sunt determinate de aceste modele interne de lucru, tipare care au devenit obișnuite, generalizate și în cea mai mare parte inconștiente se mențin într-o stare mai mult sau mai puțin necorectată și neschimbată, chiar și atunci când individul, mai târziu în viață, intră în relații cu persoane care îl tratează în moduri complet diferite de cele adoptate de părinții lui atunci când pacientul era copil.

Cheia pentru a înțelege aceste diferențe referitoare la gradul în care sunt actualizate modelele de lucru o constituie diferențele mari la nivelul libertății de comunicare dintre mamă și copil ce caracterizează cuplul mamă-copil, care prezintă un atașament caracterizat de siguranță și cel care prezintă un atașament caracterizat de nesiguranță. Acesta este un aspect asupra căruia Bretherton (1987) a atras în mod special atenția.

Să nu uităm că în studiul longitudinal întreprins de Main, studiu pe care l-am prezentat mai sus, tiparul de comunicare dintre un copil de 6 ani și mama lui, așa cum a fost observat într-un cuplu mamă-copil care, cu cinci ani în urmă, prezenta un tipar

de atașament caracterizat de siguranță, este foarte diferit de tiparul observat la un cuplu mamă-copil care anterior prezentase un tipar caracterizat de nesiguranță. În timp ce cuplurile mamă-copil sigure se implicau în conversații libere conjugate cu exprimarea emoțională și abordau o varietate de subiecte, inclusiv unele de natură personală, cuplurile nesigure nu procedau astfel. În unele dintre aceste cupluri mamă-copil, conversația era fragmentată, iar subiectele se schimbau brusc. În altele, în special în cuplurile care prezentau un atașament caracterizat de anxietate și evitare, conversația era limitată, subiectele erau menținute la un nivel impersonal și orice referire la afect era omisă. Se consideră că aceste diferențe foarte mari privind gradul în care comunicarea este fie liberă, fie restricționată sunt deosebit de relevante pentru înțelegerea motivelor pentru care unii copii se dezvoltă sănătos, iar alții ajung să prezinte anumite perturbări. Mai mult, nu trebuie să scăpăm din vedere faptul că exact același aspect, și anume gradul de relativă libertate sau de restricție în comunicarea dintre doi indivizi, a fost de multă vreme recunoscut ca făcând obiectul unei preocupări centrale în practica psihoterapiei psihanalitice.

Pentru ca o relație între doi indivizi să avanseze armonios, fiecare dintre ei trebuie să-și dea seama care este punctul de vedere al celuilalt, care sunt scopurile celuilalt, sentimentele și intențiile lui, și fiecare trebuie să-și adapteze propriul comportament în așa fel încât să se negocieze o oarecare potrivire a scopurilor lor. Acest lucru presupune ca fiecare dintre indivizi să aibă modele de lucru ale sinelui și ale celuilalt suficient de corecte, modele care sunt actualizate cu regularitate prin intermediul comunicării libere între ei. În privința acestui aspect, mamele copiilor cu atașament caracterizat de siguranță excelează, iar mamele

212 copiilor cu atașament caracterizat de nesiguranță au deficiențe considerabile.

Odată ce ne concentrăm atenția asupra gradului de libertate în comunicarea din cadrul cuplului părinte-copil, devine rapid limpede faptul că, încă din primele zile de viață ale copilului, gradul de libertate în comunicare în cadrul cuplurilor care sunt predispuse să dezvolte un tipar de atașament caracterizat de siguranță este mai mare decât în cazul celui alt tip de cuplu părinte-copil (Ainsworth, Bell și Stayton, 1971; Blehar, Lieberman și Ainsworth, 1977). Astfel, o trăsătură specifică a unei mame al cărei copil va dezvolta un atașament caracterizat de siguranță este aceea că ea monitorizează în permanență starea bebelușului ei, așa încât atunci când el semnalează faptul că are nevoie de atenție, ea înregistrează aceste semnale și se comportă în consecință. La polul opus, există probabilitatea ca mama unui copil, la care mai târziu se va observa faptul că prezintă un atașament caracterizat de anxietate, să monitorizeze rar starea bebelușului ei; sau, atunci când ea reușește să observe semnalele lui, să răspundă cu întârziere și/sau într-un mod neadecvat. Mai mult, așa cum s-a observat în cadrul studiilor în care a fost aplicată procedura lui Ainsworth, Situația străină (Grossmann, Grossmann și Schwan, 1986), aceste diferențe legate de libertatea de comunicare sunt mai evidente în momentul în care copilul ajunge la vârsta de un an. Chiar și în cadrul etapei introductive a acestui studiu — atunci când mama și copilul mic sunt împreună, în absența altor persoane — s-a putut observa faptul că majoritatea cuplurilor sigure se implicau într-o comunicare mai deschisă (prin contact vizual, mimică, vocalizări preverbale, indicarea sau oferirea jucăriilor), în comparație cu cuplurile nesigure. În cadrul acestei proceduri, pe măsură ce se crește nivelul de stres

asupra copilului, sporesc și diferențele dintre cele două tipuri de cuplu mamă-copil. Astfel, într-una dintre etapele procedurii, care presupunea ca mama și copilul să fie din nou împreună după o a doua separare, toate cele 16 cupluri sigure (cu excepția unuia) au reușit să comunice în aceeași manieră deschisă, în contrast cu cuplurile nesigure. Mai mult, a mai existat o diferență foarte importantă. În timp ce toți copiii considerați a prezenta un atașament caracterizat de siguranță puteau fi observați comunicând deschis cu mamele lor, nu numai atunci când erau mulțumiți, ci și atunci când erau stresați, copiii considerați a prezenta un atașament caracterizat de anxietate și evitare comunicau deschis numai atunci când erau mulțumiți.

Astfel, există copii care, încă de la vârsta de 12 luni, nu-și mai exprimă față de mamele lor unul dintre cele mai profunde afecte, precum și dorința la fel de profundă, care este asociată acestui afect, de a beneficia de alinare și de reasigurare. Nu este greu să observăm că acest lucru indică o ruptură serioasă în cadrul comunicării dintre copil și mamă. Mai mult decât atât, datorită faptului că modelul de lucru al sinelui construit de copil este profund influențat de modul în care mama lui îl vede și îl tratează, copilul nu va reuși să recunoască în el însuși acele lucruri pe care mama nu reușește să le recunoască în copil. Se presupune că, în acest mod, pot să se scindeze părți considerabile din personalitatea în curs de dezvoltare a copilului; cu alte cuvinte, în cadrul comunicării rămân acele părți din personalitatea copilului pe care mama le recunoaște și la care răspunde — părți care, în unele cazuri, includ trăsături de personalitate pe care mama le atribuie în mod greșit copilului.

În concluzie, împiedicarea comunicării dintre diferite părți ale personalității, sau dintre diferite sisteme din cadrul acesteia

(aspect pe care Freud l-a identificat de la bun început ca reprezentând o problemă foarte importantă care trebuie rezolvată) este considerată astăzi ca fiind o reflexie a comunicărilor și răspunsurilor discrepante ale unei mame față de copilul ei. Atunci când o mamă răspunde într-un mod adecvat doar la anumite comunicări emoționale ale copilului ei și ignoră sau descurajează explicit alte comunicări, stabilește un tipar prin care copilul să se identifice cu răspunsurile favorizate de mamă și să nu-și mai asume acele părți de personalitate la care mama nu răspunde.

Acesta este modul în care teoria atașamentului explică diferențele de dezvoltare între personalitățile sănătoase și reziliente și cele predispuse la anxietate și depresie, sau la dezvoltarea unui sine fals sau a oricărei alte forme de vulnerabilitate la bolile psihice. Probabil că nu este o coincidență faptul că cei care abordează problemele dezvoltării personalității și ale psihopatologiei dintr-o perspectivă cognitivă, dar care acordă importanță forței afectului — de exemplu, Epstein (1980, 1986) și Liotti (1986, 1987) — au formulat teorii care sunt, în esență, compatibile cu cea propusă aici.

### Diferențe privind modul mamei de a-și aminti experiența din copilărie

Concluziile la care s-a ajuns până în acest moment, referitoare la rolul pe care comunicarea liberă — atât emoțională, cât și cognitivă — îl joacă în dezvoltarea sănătății mentale, sunt susținute cu fermitate de o importantă descoperire provenită de curând dintr-un studiu longitudinal întreprins de Main. Ca rezultat obținut în urma interviurilor cu mamele copiilor din acest studiu, Main a descoperit un grad ridicat de corelație între

modul în care mama descrie relația pe care a avut-o în copilărie cu părinții ei și tiparul de atașament pe care copilul îl prezintă în relația cu ea (Main, Kaplan și Cassidy, 1985; a se vedea, de asemenea, Morris, 1981 și Ricks, 1985). Dacă mama unui copil care prezintă un tipar de atașament caracterizat de siguranță este capabilă să-și relateze copilăria într-un mod liber și nuanțat afectiv, mama unui copil care prezintă un atașament caracterizat de nesiguranță nu va putea face acest lucru.

În cadrul acestui interviu — una dintre etapele studiului menționat — evaluatorul îi solicită mamei să descrie modul în care au decurs relațiile ei timpurii și evenimentele care ating sfera atașamentului; de asemenea, mamei i se solicită să spună care este impresia ei legată de modul în care aceste relații și evenimente i-au influențat dezvoltarea personalității. În evaluarea datelor, se acordă la fel de multă atenție informațiilor privind istoricul, cât și modului în care mama își relatează povestea și felului în care răspunde la întrebările suplimentare. Pe scurt, s-a descoperit că mama unui copil sigur are tendința să spună că a avut o copilărie relativ fericită și este capabilă să vorbească despre copilăria ei cu ușurință și în detaliu, relatând în aceeași măsură evenimentele nefericite și pe cele fericite. În contrast, mama unui copil nesigur tinde să răspundă în cadrul acestui interviu în două feluri. Un fel de-a răspunde, observat la mamele copiilor anxioși și rezistenți, este acela prin care mama descrie o relație dificilă și nefericită cu propria ei mamă, relație care încă o perturbă într-un mod evident; ea este încă prinsă, la nivel psihic, în această relație, iar dacă mama ei este încă în viață, este clar că este prinsă în ea și în realitate. Celălalt fel de-a răspunde, observat la mamele copiilor anxioși și evitanți, este de a pretinde într-o manieră generală și factuală că au avut o copilărie fericită; aceste mame nu



216 numai că sunt incapabile să ofere detalii care să sprijine aceste afirmații, dar pot să facă referire la episoade care sugerează contrariul. Frecvent, o astfel de mamă va insista asupra faptului că nu își amintește nimic în legătură cu copilăria ei, și nici modul în care a fost tratată. Astfel, se susține cu claritate impresia fermă a clinicienilor, aceea că o mamă care a avut o copilărie fericită va avea probabil un copil care să prezinte un atașament caracterizat de siguranță față de ea; și că o copilărie nefericită, mai mult sau mai puțin ascunsă în spatele unei incapacități de amintire, va da naștere unor dificultăți.

Cu toate acestea, în urma studierii situațiilor care prezintă excepții de la regulă, s-a mai descoperit un aspect, care este la fel de interesant și care are o deosebită importanță. Este vorba despre mamele care relatează că au avut o copilărie foarte nefericită, dar care, totuși, au copii care prezintă un tipar de atașament caracterizat de siguranță față de ele. O trăsătură specifică tuturor acestor mame, și care le distinge de mamele copiilor nesiguri, este aceea că, în ciuda faptului că relatările lor fac referire la o copilărie marcată de repingere masivă și nefericire, și probabil sunt triste când relatează aceste lucruri, toate sunt capabile să-și spună povestea într-o manieră fluentă și coerentă; experiențele pe care le relatează au în aceeași măsură aspecte pozitive și negative, și toate par să fie integrate. În ceea ce privește capacitatea lor pentru acest echilibru, ele seamănă cu mamele copiilor siguri. Intervievatorii și cei care au evaluat transcrierile acestor interviuri au fost de părere că aceste mame deosebite au petrecut mult timp gândindu-se la experiențele nefericite pe care le-au trăit în copilărie și la modul în care acestea le-au afectat pe termen lung, precum și la motivele pentru care părinții le-au tratat în acel mod. De fapt, aceste mame păreau că s-au împăcat cu trecutul lor.

În contrast, mamele ai căror copii manifestau un tipar de atașament caracterizat de nesiguranță față de ele și care au relatat de asemenea o copilărie nefericită nu au prezentat aceeași fluentă sau coerență: au existat multe contradicții, pe care ele nu le observau. Mai mult, mamele care pretind că sunt incapabile să-și amintească propria copilărie și spun acest lucru în mod repetat și cu convingere, au copii care sunt nesiguri în relația cu ele<sup>37</sup>.

În lumina acestor descoperiri, Main și colaboratorii ei au ajuns la concluzia că accesul liber și organizarea coerentă a informațiilor relevante pentru atașament joacă un rol determinant în dezvoltarea unei personalități sigure în anii maturității. În cazul unui individ care a avut o copilărie fericită, nu este probabil să existe vreun obstacol care să-i împiedice accesul liber la aspectele emoționale și cognitive ale acestor informații. Pentru un individ care a avut o copilărie nefericită și ai cărui părinți i-au interzis să observe sau să-și amintească evenimentele nefavorabile, accesul la aceste informații este dureros și dificil și, în lipsa unui ajutor, acest acces ar putea fi, într-adevăr, imposibil. Cu toate acestea, atunci când o femeie reușește să păstreze sau să redobândească accesul la astfel de amintiri nefericite și să le reprocezeze într-un mod care îi permite să se împace cu trecutul, indiferent de modul în care va reuși acest lucru, se va putea observa faptul că ea nu este mai puțin capabilă decât o femeie a cărei copilărie a fost fericită să răspundă comportamentului de atașament al copilului ei, așa încât acesta să dezvolte un atașament caracterizat de siguranță față de ea. Aceasta este o descoperire care îi încurajează enorm pe numeroșii terapeuți care de multă vreme încearcă

37 Într-o analiză suplimentară a acestor informații, s-a descoperit că toate aceste corelații erau valabile și în cazul taților (Main, discuție personală).



218 să le ajute pe mame exact în acest fel. Mai multe detalii privind tehnicile de a ajuta mamele cu probleme sunt oferite la finalul Prelegerii 8.

### Căi de dezvoltare a personalității

Mai există un aspect prin care teoria atașamentului diferă de teoriile psihanalitice tradiționale, și anume faptul că teoria atașamentului respinge modelul de dezvoltare ce postulează că un individ trece printr-o serie de stadii, la care el poate să rămână fixat sau să regreseze; acest model tradițional este înlocuit de unul în cadrul căruia un individ este privit ca având la dispoziție o gamă largă de căi de dezvoltare posibile, el progresând de-a lungul uneia sau alteia dintre acestea. Unele dintre aceste căi sunt compatibile cu dezvoltarea sănătoasă; altele deviază într-o direcție sau alta, în maniere incompatibile cu sănătatea psihică.

Toate variantele modelelor tradiționale care presupun existența stadiilor de dezvoltare sunt bazate pe ipoteza că, în anumite stadii ale dezvoltării normale, un copil manifestă trăsături psihologice care, la individul adult, ar putea fi privite ca semne de patologie. Astfel, un individ permanent anxios și adevărat ar putea fi privit ca fiind fixat sau regresat la un presupus stadiu oral sau de simbioză; în același timp, un individ foarte retras ar putea fi privit ca fiind regresat la un presupus stadiu de autism sau narcisism. Studiile sistematice și atente întreprinse asupra bebelușilor umani, de felul celor prezentate de Stern (1985), demonstrează că acest model nu poate fi susținut empiric. Observațiile indică faptul că bebelușii sunt responsivi din punct de vedere social încă de la naștere. Copiii mici care se dezvoltă într-un

mod sănătos nu prezintă adevărată și anxietate decât dacă au un sentiment de teamă sau de disconfort; în alte situații, ei explorează cu încredere mediul înconjurător.

Modelul referitor la căile de dezvoltare consideră că, la naștere, bebelușul are la dispoziție o gamă de căi de dezvoltare posibile; calea pe care o va urma va fi, de fapt, determinată, în fiecare moment, de interacțiunea dintre individul așa cum se prezintă el în momentul respectiv cu mediul în care se întâmplă să se afle în acel moment. Se consideră că fiecare bebeluș are propria lui gamă de căi posibile de dezvoltare a personalității care — exceptând cazurile acelor copii care se nasc cu anumite tipuri de probleme neurologice — includ multe căi compatibile cu sănătatea mentală, dar și multe căi incompatibile cu aceasta. Calea pe care copilul o alege pentru a o urma este determinată de mediul pe care îl întâlnește, în special de modul în care părinții lui (sau înlocuitorii părinților) îl tratează, și de modul în care copilul reacționează față de ei. Copiii care au părinți sensibili și responsivi au posibilitatea să se dezvolte de-a lungul unei căi sănătoase. Copiii ai căror părinți sunt lipsiți de sensibilitate și responsivitate, care nu au grijă de ei sau îi resping, se vor dezvolta probabil de-a lungul unei căi deviate, care este într-o oarecare măsură incompatibilă cu sănătatea mentală și care îi face pe acești copii să fie predispuși la probleme psihice în cazul în care se confruntă cu evenimente extrem de nefavorabile. Chiar și așa, din moment ce cursul dezvoltării subsecvente nu este fixat, anumite schimbări în modul în care un copil este tratat pot modifica această cale, într-o direcție mai favorabilă sau mai puțin favorabilă. Cu toate că, odată cu trecerea anilor, capacitatea de schimbare a dezvoltării se diminuează, schimbări apar mereu pe parcursul întregului ciclu de viață, așa încât transformările în bine

220 sau în rău sunt întotdeauna posibile. Tocmai acest potențial permanent de schimbare indică faptul că, în niciun moment din viață, o persoană nu este invulnerabilă la posibilele dificultăți întâmpinate; și indică totodată faptul că, în orice moment din viață, o persoană poate fi receptivă la influențele favorabile. Tocmai acest potențial persistent de schimbare este cel care oferă posibilitatea unei terapii eficiente.

## Atașament, comunicare și proces terapeutic

*În cea de-a doua parte a prelegerii The Making and Breaking of Affectional Bonds (1977) [Crearea și ruperea legăturilor afective], pe care am ținut-o la Spitalul Maudsley în anul 1976, am prezentat câteva dintre ideile pe care le aveam cu privire la implicațiile terapeutice ale teoriei atașamentului. Multe dintre aspectele care au fost descoperite de atunci și până în acest moment mi-au întărit încrederea în această perspectivă. Prin urmare, prelegerea de față ar putea fi privită ca o elaborare mai amplă a lucrării precedente. În cadrul acestei prezentări, acord o atenție deosebită modurilor în care experiențele trăite în trecut de pacient pot să influențeze relația de transfer; suplimentar, abordez scopul terapeuticului ca fiind acela de a oferi pacientului său posibilitatea de a-și reconstrui modelele de lucru ale sinelui și ale figurii (sau figurilor) sale de atașament, așa încât el să se afle mai puțin sub vraja suferințelor date uitării și să fie mai capabil să recunoască persoanele apropiate din prezent drept ceea ce ele sunt ele, de fapt.*

ceea ce a rămas neînțeles revine; nu se liniștește, ca o fantomă, până nu ajunge la descărcare și la eliberare.

SIGMUND FREUD, 1909

cei care nu-și pot aminti trecutul sunt condamnați la repetarea lui.

GEORGE SANTAYANA, 1905

## Cinci sarcini terapeutice

Teoria dezvoltării personalității și a psihopatologiei schițată în prelegerile anterioare poate fi utilizată ca și cadru care să ghideze fiecare dintre cele trei forme principale de psihoterapie psihanalitică utilizate astăzi — terapia individuală, terapia de familie și terapia de grup. În această lucrare, voi aborda doar aspecte referitoare la terapia individuală.

Un terapeut care aplică teoria atașamentului își vede rolul ca fiind acela de a oferi condițiile în care pacientul său să poată să-și exploreze modelele reprezentationale despre sine și figurile sale de atașament; astfel, pacientul se află în poziția de a reevalua și de a restructura aceste modele în lumina noii înțelegeri pe care o dobândește și a noilor experiențe pe care le are în relația terapeutică. În cadrul acestui proces în care terapeutul își ajută pacientul să se îndrepte către scopul mai sus menționat, rolul terapeutului poate să fie descris sub cinci forme principale.

Prima sarcină este aceea de a oferi pacientului o bază de siguranță de la care el să poată explora diferitele aspecte nefericite și dureroase din viața lui, din trecut și din prezent; este posibil ca pacientul să creadă că multe dintre aceste aspecte sunt

dificil, poate chiar imposibil de gândit și reconsiderat, dacă nu are lângă el o persoană de încredere care să-i ofere sprijin, încurajare, compasiune și, atunci când este cazul, îndrumare.

O a doua sarcină este aceea de a asista pacientul în explorările lui, încurajându-l să reflecteze asupra modurilor în care el se implică în relațiile cu figurile semnificative din viața lui din acel moment, asupra așteptărilor pe care le are în legătură cu propriile sentimente și comportamente și în legătură cu sentimentele și comportamentele celorlalte persoane, precum și asupra eventualelor presupoziii inconștiente pe care le are în momentul în care alege o persoană cu care speră să lege o relație intimă sau în momentul în care creează acele situații care îi complică viața.

O relație specială pe care terapeutul îl încurajează pe pacient să o examineze — aspect care reprezintă cea de-a treia sarcină a terapeutului — este relația dintre ei doi. În această relație, pacientul va aduce toate acele percepții, construcții și așteptări referitoare la modul în care este probabil ca o figură de atașament să se simtă și să se comporte față de el — percepții, construcții și așteptări care sunt impuse de modelele de lucru ale părinților și ale sinelui.

O a patra sarcină este aceea de a încuraja pacientul să reflecteze asupra modului în care percepțiile și expectațiile, precum și sentimentele și acțiunile cărora acestea le dau naștere ar putea reprezenta fie un rezultat al evenimentelor și situațiilor pe care le-a întâmpinat în timpul copilăriei și adolescenței, în special în relația cu părinții lui, fie un rezultat a ceea ce părinții i-au spus în mod repetat. Adesea, acesta este un proces dureros și dificil, și nu de puține ori este necesar ca terapeutul să-și dea acordul ca pacientul să ia în considerare, cu titlu de posibilitate, idei și sentimente referitoare la părinții lui pe care până în momentul

224 respectiv le-a considerat a fi de neimaginat și de negândit. Procedând astfel, pacientul ar putea descoperi că este motivat de emoții puternice și de nevoi imperioase de a acționa, unele dintre acestea fiind îndreptate către părinții lui și altele către terapeut, iar pe multe dintre ele le poate considera a fi înfricoșătoare și/sau străine de el și inacceptabile.

Cea de-a cincea sarcină a terapeutului constă în a-i permite pacientului să recunoască faptul că imaginile (modelele) pe care le-a construit despre sine și despre ceilalți — și care sunt generate fie de experiențele dureroase din trecut, fie de mesajele derutante venite din partea unui părinte (experiențe și mesaje care sunt prea frecvent regăsite în literatura psihanalitică sub denumirea eronată de „fantasme”) — pot să fie adecvate sau neadecvate prezentului sau viitorului său; sau, într-adevăr, poate nu au fost justificate niciodată. Odată ce a sesizat natura imaginilor (modelelor) sale determinante și le-a depistat originile, pacientul ar putea începe să înțeleagă ce anume l-a făcut să se vadă pe sine și să vadă lumea în acel fel, și astfel să simtă, să gândească și să acționeze în acel mod. Așadar, pacientul se află în poziția de a reflecta asupra acurateței și adecvării acelor imagini (modele), precum și asupra ideilor și acțiunilor la care acestea conduc, prin prisma experiențelor sale prezente privind persoanele importante din punct de vedere emoțional, inclusiv terapeutul și părinții săi, și privind propria persoană în relație cu fiecare dintre aceștia. Odată ce acest proces a demarat, el începe să vadă vechile imagini (modele) ca fiind ceea ce sunt de fapt, și nu ca rezultate lipsite de sens ale experiențelor lui anterioare sau ale lucrurilor care i s-au spus în mod repetat; astfel, el se va simți liber să se gândească la alternative care să se potrivească mai bine vieții lui actuale. Procedând astfel, terapeutul speră să-i permită

pacientului său să renunțe la a fi un sclav al stereotipurilor vechi și inconștiente și să simtă, să gândească și să acționeze în moduri noi.

Cititorii își vor da seama că principiile prezentate aici au foarte multe în comun cu principiile prezentate de alți terapeuți de orientare psihanalitică, terapeuți care privesc conflictele care apar în cadrul relațiilor interpersonale ca reprezentând cheia ce deschide ușa care duce la înțelegerea problemelor pacienților lor; acești terapeuți se concentrează asupra transferului și, de asemenea, acordă o anumită importanță, chiar dacă în măsură diferită, experienței anterioare a unui pacient în relația cu părinții lui. Printre numeroasele nume celebre care pot fi menționate în acest context sunt cele ale lui Fairbairn, Winnicott și Guntrip în Marea Britanie și cele ale lui Sullivan, Fromm-Reichmann, Gill și Kohut în Statele Unite. Printre lucrările publicate de curând, care conțin multe dintre ideile recomandate în această lucrare, se află cele ale lui Peterfreund (1983), Casement (1985), Pine (1985) și Strupp & Binder (1984), precum și cele ale lui Malan (1973) și Horowitz *et al.* (1984) în domeniul psihoterapiei de scurtă durată. În special, doresc să atrag atenția asupra ideilor lui Horowitz și ale colaboratorilor săi care, în prezentarea tratamentului pacienților care sufereau de tulburare acută de stres, utilizează un cadru conceptual foarte asemănător celui prezentat aici. Cu toate că tehnica lor este destinată să ajute pacienții să-și revină în urma efectelor unui eveniment recent foarte stresant, consider că principiile care stau la baza activității lor sunt la fel de aplicabile cazurilor în care pacienții sunt ajutați să-și revină în urma efectelor unei perturbări cronice, care reprezintă rezultatul evenimentelor stresante petrecute cu mulți ani în urmă, inclusiv acelea care au apărut în primii ani de viață.

Cu toate că în această expunere este ușor să prezentăm cele cinci sarcini ale terapeutului într-un mod logic, ele sunt atât de întrepătrunse, încât, în practică, o ședință productivă va implica probabil întâi o sarcină, apoi o altă sarcină. Cu toate acestea, dacă terapeutul nu poate să ofere pacientului său posibilitatea de a resimți un anumit grad de siguranță, terapia nici măcar nu poate începe. Astfel, începem cu acel rol al terapeutului care presupune să-i ofere pacientului său o bază de siguranță. Acesta este un rol care seamănă foarte mult cu cel descris de Winnicott sub numele de „susținere” și cu cel descris de Bion sub numele de „conținere”.

Pentru a oferi pacientului său o bază de siguranță de la care să-și exploreze și să-și exprime gândurile și sentimentele, rolul terapeutului este similar celui al unei mame care oferă copilului ei o bază de siguranță de la care acesta să exploreze mediul înconjurător. Terapeutul face tot ce îi stă în putință pentru a fi de încredere, atent și pentru a răspunde cu compasiune la explorările pacientului său și, în măsura în care poate, pentru a vedea, și a simți lumea prin ochii pacientului său, adică pentru a fi empatic. În același timp, el își dă seama că, datorită experiențelor nefavorabile din trecut, este posibil ca pacientul să nu creadă că terapeutul poate realmente să manifeste compasiune sau să-i înțeleagă durerea. Pe de altă parte, răspunsurile neașteptat de binevoitoare și înțelegătoare pe care pacientul le primește ar putea să-l facă să creadă că terapeutul îi va acorda toată grija și afecțiunea la care el a tânjit dintotdeauna, dar de care nu a avut niciodată parte. Prin urmare, există cazuri în care terapeutul este privit ca fiind excesiv de critic și ostil, iar în alte cazuri este privit ca fiind dispus să ofere mai mult decât poate el, realmente, să ofere. Se presupune că, deoarece ambele tipuri de înțelegeri

și de interpretări greșite — precum și emoțiile și comportamentul cărora acestea le dau naștere — reprezintă caracteristicile centrale ale problemelor pacientului, terapeutul trebuie să aibă cât mai multe cunoștințe posibile referitoare la numeroasele forme pe care aceste interpretări greșite ar putea să le ia; terapeutul trebuie de asemenea să cunoască, cât mai bine cu putință, numeroasele tipuri de experiență timpurie din care ar putea să derive aceste înțelegeri greșite. În lipsa acestor cunoștințe, terapeutul se află în poziția inefficientă de a vedea și de a simți lumea așa cum o vede și o simte pacientul său.

Chiar și așa, modul în care un pacient își concepe relația cu terapeutul nu este determinat exclusiv de istoricul pacientului: acest mod este determinat în aceeași măsură și de modul în care terapeutul îl tratează pe pacient. Prin urmare, terapeutul trebuie să încerce permanent să își dea seama de natura propriei lui contribuții la această relație; această contribuție poate să reflecteze într-un mod sau altul ceea ce el însuși a trăit în copilărie. Acest aspect al terapiei — contratransferul — reprezintă, în sine, o amplă problematică și face totodată subiectul unor numeroase lucrări din literatura psihanalitică. Deoarece nu este posibil să abordăm acest subiect în detaliu în lucrarea de față, doresc să subliniez nu doar importanța contratransferului, ci și faptul că terapia trebuie să se concentreze permanent asupra interacțiunii dintre pacient și terapeut în aici-și-acum și că singurul motiv pentru care pacientul trebuie încurajat în anumite momente să-și exploreze trecutul este clarificarea modurilor lui din prezent de a simți și de a face față situațiilor din viață.

Având clare în minte toate aceste condiții, haideți să abordăm câteva dintre cele mai des întâlnite forme pe care le pot lua înțelegerile greșite ale pacientului; și să abordăm totodată

228 originea acestor înțelegeri greșite. Sub acest aspect al terapiei, activitatea unui terapeut care adoptă teoria atașamentului poate să difere foarte mult de activitatea unui terapeut care adoptă anumite teorii psihanalitice tradiționale ale dezvoltării personalității și ale psihopatologiei. De exemplu, un terapeut care consideră că erorile de percepție și de înțelegere ale pacientului său reprezintă produse exagerate ale experiențelor reale sau ale lucrurilor care i s-au spus în trecut, diferă mult de un terapeut care vede aceleași percepții și înțelegeri greșite ca reprezentând rezultate iraționale ale fantasmei care funcționează autonom și inconștient.

În cele ce urmează, voi utiliza câteva surse de informații distincte: studiile întreprinse de epistemologi; studiile specialiștilor în psihologia dezvoltării, pe care le-am menționat deja; observații făcute pe parcursul terapiei de familie; și, nu în ultimul rând, ceea ce am învățat de la pacienții mei și de la pacienții ale căror terapii le-am supervizat.

### Influența experiențelor din trecut asupra relației de transfer

Nu rareori se întâmplă ca unui pacient să-i fie teamă ca nu cumva terapeutul să-l respingă, să-l critice sau să-l umilească. Din moment ce știm că foarte mulți copii sunt tratați în acest mod de unul sau de ambii părinți, putem să fim destul de siguri că aceasta a fost experiența din trecut a pacientului nostru. În cazul în care se pare că pacientul își dă seama de modul în care se simte și de modul în care se așteaptă ca terapeutul să-l trateze, terapeutul va semnală faptul că și el își dă seama de această problemă. Momentul în care terapeutul va lega aceste așteptări cu

229 experiențele pacientului trăite în relația cu părinții lui — experiențe atât din prezent, cât și, probabil, din trecut — depinde de cât de mult dorește pacientul să ia în considerare această posibilitate; sau, din contră, pacientul ar putea să insiste asupra faptului că modul în care părinții l-au tratat nu poate fi criticat. În cazul acestei ultime situații, o problemă prioritară este aceea de a înțelege motivele pentru care pacientul insistă asupra menținerii acestei imagini favorabile, atunci când informațiile pe care le avem indică faptul că această imagine este greșită.

În unele familii se întâmplă ca unul dintre părinți să insiste asupra faptului că el este un părinte admirabil, care a făcut dintotdeauna pentru copil tot ceea ce a fost posibil, și, în cazul în care există fricțiuni, este posibil ca părintele să insiste asupra faptului că vina îi aparține exclusiv copilului. Adesea, această atitudine a părintelui acoperă un comportament care, conform standardelor obișnuite, este departe de a fi perfect. Cu toate acestea, deoarece părintele insistă asupra faptului că el a oferit permanent copilului afecțiune și că acel copil trebuie să fi fost din naștere rău și nerecunoscător, copilului nu-i mai rămâne altă opțiune decât să accepte această imagine, în ciuda faptului că își dă seama, undeva în mintea lui, că această imagine nu este deloc corectă.

O complicație suplimentară apare atunci când părintele unui pacient l-a supus pe acesta în copilărie unor instrucțiuni foarte dure care presupuneau ca acel copil să nu relateze sub nicio formă unei alte persoane anumite situații petrecute în familie. Aceste situații se referă de obicei la dispute serioase în cadrul familiei, situații în care părintele își dă seama că acel comportament al lui poate fi criticat; este vorba, de exemplu, de dispute serioase între părinți, sau între un părinte și copil, în cadrul cărora s-au spus ori s-au făcut lucruri oribile. Cu cât un terapeut

insistă mai mult ca pacientul să relateze absolut totul, cu atât mai mult această situație se transformă într-o dilemă stresantă pentru pacient. Situațiile în care unui copil i se interzice să vorbească nu sunt rar întâlnite în cadrul familiilor; însă aceste situații nu au fost privite ca reprezentând o sursă a ceea ce, în termeni tradiționali, a fost numit rezistență. Adesea, este util pentru cursul terapiei să se afle dacă pacientul a fost supus la astfel de presiuni și, dacă lucrurile stau așa, terapeutul să-l ajute pe pacient să rezolve această dilemă.

Până acum am abordat acele cazuri în care pacientul își dă seama într-o anumită măsură de faptul că se așteaptă să fie respins, criticat sau umilit. Cu toate acestea, nu rareori, un pacient pare să nu-și dea deloc seama de existența unor astfel de sentimente, în pofida faptului că atitudinea lui față de terapeut denotă lipsă de încredere și eschivare. Rezultatele cercetărilor indică faptul că aceste stări psihice apar în special la acei indivizi care au dezvoltat în primii ani de viață un tipar de atașament caracterizat de anxietate și evitare și care, încă de atunci, se luptă să fie rezervați și izolați de contactele apropiate cu alți oameni. Acești pacienți, care adesea sunt descriși ca având o personalitate narcisică sau un sine fals, evită terapia cât de mult pot și, în cazul în care încep totuși o terapie, ei își țin terapeutul la distanță. Dacă li se permite, ei vor vorbi în permanență despre orice alte lucruri care să nu aibă legătură cu relațiile încărcate emoțional, din trecut sau din prezent. Alții vor motiva că nu au nimic de spus. O tânără, a cărei atitudine sugera o profundă lipsă de încredere în mine, a petrecut mult timp mândrindu-se cu actele ei de delincvență — și aveam bănuiala că multe dintre acestea erau născocite — și insistând într-un mod disprețuitor asupra faptului că viața mea este plictisitoare și limitată. Cu mulți ani

în urmă, Adrian Stephen (1934) a comparat terapia cu aceste persoane extrem de neîncrezătoare cu situația în care încerci să te împrietenești cu un căluț sălbatic sau înfricoșat: ambele situații necesită multă răbdare, calm și bunăvoință. Terapeutul va putea să vadă relația dintre el și pacient așa cum o vede pacientul numai atunci când își va da seama de respingerile constante la care pacientul se poate să fi fost supus în copilărie, atunci când căuta alinare sau ajutor, și când își va da seama de groaza pe care pacientul o trăiește ca nu cumva să fie supus la un tratament similar din partea terapeutului.

O altă cauză (și destul de diferită) care poate să-l determine pe pacient să fie precaut cu privire la orice fel de relație apropiată cu terapeutul este reprezentată de groaza că terapeutul ar putea să-l prindă în capcana unei relații menite să servească mai degrabă scopurilor terapeutului decât ale pacientului. O sursă comună a unei astfel de temeri este reprezentată de o copilărie în care un părinte, de obicei mama, a încercat să facă din copil propria ei figură de atașament și a așteptat ca el să aibă grijă de ea; cu alte cuvinte, relația părinte-copil a fost inversată. Foarte des, acest lucru se face într-un mod inconștient și folosind metode care, pentru un necunoscător, seamănă cu răsfățarea copilului, însă, de fapt sunt ca un fel de mituire a copilului pentru a-l ține într-un rol în care el are grijă de ea.

Nu rareori, în cursul terapiei, un pacient poate să schimbe modul în care îl tratează pe terapeut — ca și cum terapeutul ar fi unul dintre părinții lui — cu un comportament care seamănă cu modul în care l-au tratat pe el părinții. De exemplu, un pacient care în copilărie a fost amenințat cu ostilitate ar putea acum să folosească amenințări ostile la adresa terapeutului său. Experiența unor remarci disprețuitoare din partea unui părinte ar putea

să fie reactualizate în forma unor remarci disprețuitoare la adresa terapeutului. Avansurile sexuale din partea unui părinte ar putea să reapară în forma unor avansuri sexuale față de terapeut. Un astfel de comportament ar putea fi înțeles în modul următor. În perioada copilăriei, o persoană învață două forme principale de comportament și își construiește în minte două tipuri principale de modele. Una dintre formele de comportament este, desigur, cea în care un copil se află în interacțiune cu un părinte (cu mama sau cu tatăl său). Modelele de lucru corespondente pe care copilul le construiește sunt modele de lucru despre sine însuși copil, aflat în interacțiune cu fiecare dintre părinți. Cealaltă formă de comportament este cea a părintelui (și anume cea a mamei sau a tatălui său), aflat în interacțiune cu copilul. Modelele de lucru corespondente pe care copilul le construiește sunt modelele de lucru ale fiecărui părinte aflat în interacțiune cu el. Prin urmare, ori de câte ori terapeutul este încurcat sau indignat de modul în care îl tratează pacientul lui, ar fi întotdeauna chibzuit să încerce să afle când și de la cine ar fi putut pacientul să învețe acel mod de a se purta cu alți oameni. De obicei, el învață acest mod de a se purta de la unul dintre părinții lui<sup>38</sup>.

Cu unii pacienți, relația terapeutică este una în care anxietatea, lipsa de încredere și criticarea, uneori chiar și furia și disprețul, sunt predominante și evidente, iar terapeutul este văzut în nuanțe sumbre. Sentimente precum recunoștința pentru eforturile terapeutului, sau respectul pentru competența lui se remarcă prin absența lor. Prin urmare, în această situație, sarcina terapeutului este aceea de a ajuta pacientul să înțeleagă faptul că

<sup>38</sup> În cadrul teoriei psihanalitice tradiționale, acest schimb de rol pe care îl face pacientul poate fi întâlnit sub denumirea de identificare cu agresorul.

mare parte din resentimentele pe care le trăiește în prezent se datorează faptului că, în trecut, a fost tratat de ceilalți într-un mod nefavorabil, iar el nu s-a putut opune acestui lucru; și chiar dacă furia provocată de situațiile din trecut este de înțeles, a duce la nesfârșit aceleași lupte de demult este un lucru neproductiv. A accepta faptul că un trecut nefericit nu poate fi schimbat înseamnă, adesea, a înghiți o pastilă amară.

Cu alți pacienți situația stă invers: relația transferențială devine una în cadrul căreia recunoștința, admirația și afecțiunea sunt exprimate explicit, iar terapeutul este văzut într-o aură de perfecțiune edenică. Nemulțumirea și critica lipsesc cu desăvârșire, iar furia care ar putea fi provocată de limitele terapeutului, în special de absențele lui, este de neimaginat. Cred că o astfel de idealizare a terapeutului provine parțial dintr-o serie de speranțe și așteptări nerealiste legate de ceea ce terapeutul poate și dorește să ofere, și parțial dintr-o copilărie în care critica la adresa unui părinte a fost interzisă, iar complianța a fost întărită — fie printr-o anumită tehnică de inducere a sentimentului de vinovăție, fie prin anumite măsuri precum amenințări cu retragerea iubirii sau chiar cu abandonul copilului. Având o astfel de experiență în trecut, presupunerea inconștientă a pacientului este că terapeutul va aștepta aceeași obediență pe care au așteptat-o și părinții lui, și că va întări acest comportament obedient prin amenințări similare celor pe care le-au utilizat părinții.

Din nefericire, a existat o tendință în unele medii de a confunda teoria prezentată în această lucrare — care consideră că felul în care anumiți părinți își tratează copiii reprezintă o cauză majoră a bolii psihice — cu un mod de a gândi care, pur și simplu, blamează părinții. Niciun specialist în domeniul psihiatriei infantile și al terapiei de familie nu ar putea să facă această greșală.



Din contră, așa cum am menționat în prelegerile precedente, se știe de mult timp faptul că modul greșit de a se comporta al părinților reprezintă, de obicei, rezultatul propriei lor copilării pline de dificultăți și nefericite. În consecință, profesioniștii au acordat mereu mult timp să ajute părinții să depășească influențele negative ale propriului lor trecut.

Mai mult, pe parcursul terapiei unui individ (de orice vârstă) care a suferit din cauza părinților lui, terapeutul, în timp ce acceptă relatarea pacientului, evită judecățile morale. Ori de câte ori apare ocazia, terapeutul își va încuraja pacientul să reflecteze asupra modului și asupra motivelor pentru care părintele avut în vedere s-a comportat în felul respectiv. În abordarea acestor aspecte, adesea este util ca terapeutul să-l întrebe pe pacient ce anume știe el în legătură cu experiențele din copilărie pe care ar fi putut să le trăiască părintele respectiv. Nu rareori, acest lucru îl ajută pe pacient să înțeleagă modul în care lucrurile au evoluat și, în baza acestei înțelegeri, pacientul ia măsuri în sensul iertării și reconcilierii. În cadrul ședințelor de terapiei de familie, ar putea să conteze mult ca părintele să fie încurajat să-și relateze propria copilărie. Acest lucru oferă posibilitatea tuturor celor implicați — părintelui însuși, partenerului său, copiilor și terapeutului — să înțeleagă mai bine modul și motivele pentru care viața de familie a evoluat în acel fel și să înțeleagă mai bine cum poate fiecare să contribuie la îmbunătățirea ei. Așa cum am menționat mai devreme, această tendință puternică a problemelor de atașament de a se transmite de la o generație la următoarea, prin intermediul influenței pe care problemele derivate din propria copilărie a părintelui o are asupra comportamentului de parentaj, primește în sfârșit din partea cercetătorilor atenția pe care o merită.

## Câteva situații și evenimente din copilărie care au potențial patogen

Cred că un terapeut nu poate fi de la început prea bine informat cu privire la relațiile disimulate și denaturate care pot să apară în unele familii sau cu privire la lucrurile oribile care se petrec în alte familii; prin urmare, numai dacă terapeutul se informează suficient de bine în acest sens, el va avea o idee relativ clară referitoare la ceea ce se află, probabil, în spatele apărărilor pacientului lui sau la originile sentimentelor de anxietate, furie sau vinovăție pe care acesta le trăiește. Odată ce terapeutul este bine informat, el se va afla în poziția în care poate nu doar să recunoască adevărul din ceea ce pacientul relatează că i s-a întâmplat, dar va putea, de asemenea, să aducă în discuție, cu mai multă sau mai puțină precauție, câteva dintre situațiile la care pacientul ar fi putut să fie expus, dar la care nu a putut sau nu a dorit să facă referire. Prezentând situațiile cu potențial patogen pe care le voi aborda în continuare, nu fac altceva decât să menționez câteva dintre cel mai des întâlnite și care, până de curând, au fost trecute cu vederea în lucrările de psihoterapie<sup>39</sup>.

### AMENINȚĂRI CU PRIVAREA DE IUBIRE, UTILIZATE CA MIJLOC DE CONTROL

Este ușor pentru o mamă să spună unui copil că nu-l va mai iubi dacă el se comportă într-un mod sau altul. Acest lucru

<sup>39</sup> Deoarece în unele lucrări anterioare am acordat multă atenție efectelor negative pe care pierderile și separările îndelungate le au asupra dezvoltării personalității, aceste subiecte vor fi omise în prezentarea de față.

236 înseamnă că mama amenință copilul că nu îi va oferi afecțiune sau alinare atunci când copilul va fi trist, speriat sau stresat și că nu îi va oferi ajutor sau încurajare în diferite alte situații. În cazul în care astfel de amenințări sunt utilizate în mod sistematic de către un părinte, sau chiar de către ambii părinți, în mod inevitabil, copilul devine extrem de anxios, căutând să le facă pe plac celorlalți și este predispus să trăiască sentimentele de vinovăție.

#### AMENINȚĂRI CU ABANDONUL

Amenințările cu abandonul sunt și mai înfricoșătoare pentru un copil, în comparație cu amenințările cu privarea de iubire. Acest lucru este cu atât mai înspăimântător, cu cât părintele chiar pune în act o astfel de amenințare, dispărând pentru câteva ore sau împachetând lucrurile copilului și ducându-l în stradă, făcând aluzie la casa de corecție. Deoarece amenințările cu abandonul iau adesea o formă foarte particulară, este posibil ca un pacient să nege că ar fi fost vreodată supus la așa ceva. În astfel de cazuri, adevărul poate să iasă la iveală împreună cu emoția care îi este asociată numai atunci când pacientul își reamintește acel mod particular în care amenințarea a fost rostită. Un exemplu este cel al unei mame care a conceput o poveste în care o dubiță galbenă va veni și îl va lua pe fiul ei. Un alt exemplu este cel al unui tată a cărui poveste era că fiica lui va fi trimisă la școală pe o stâncă îndepărtată înconjurată de rechini (Marrone, 1984). Astfel, în primul caz, era suficient ca acea mama să spună „Ei bine, vine dubița galbenă”, iar în al doilea caz ca tatăl respectiv să spună „Atunci, la școala de pe stâncă cu tine” pentru ca acel copil să înceteze instantaneu ceea ce făcea. Într-un alt caz, cuvântul cod era „margarină”: mama inserase acest cuvânt în

amenințarea la adresa copilului ei, spunându-i că-l va trimite la o casă de copii, insistând că el va trebui să mănânce margarină în acel loc. Pentru acești pacienți, o frază cu caracter general precum „amenințare cu abandonul” nu are niciun sens. Abia atunci când se descoperă cuvântul-cheie, reapare groaza inițială trăită, iar originea anxietății de separare poate fi depistată. 237

#### AMENINȚĂRI CU SINUCIDAREA

Există cazuri în care un părinte cu probleme amenință că se va sinucide dacă o anumită situație supărătoare va continua. Această amenințare poate să apară în cadrul disputelor dintre părinți, pe care copilul le aude fără să vrea, sau poate să fie făcută chiar la adresa copilului. În fiecare dintre aceste cazuri, astfel de amenințări provoacă groază. O lecție pe care putem să o învățăm din aceste cazuri este aceea că, ori de câte ori un pacient relatează că părinții lui se certau, terapeutul ar trebui întotdeauna să întrebe „Ce își spuneau unul altuia?”. Nu rareori, un pacient se blochează la această întrebare. Atunci când își ies din fire, părinții care se ceartă pot să-și spună lucruri oribile unul celuilalt. Acest lucru este destul de neplăcut. Ceea ce face ca lucrurile să se complice este faptul că, după ce se liniștesc, neagă că ar fi spus astfel de lucruri.

#### NEGĂRI ȘI INFIRMĂRI

În Prelegerea 6 am prezentat în detaliu situațiile în care un părinte neagă ceea ce a spus sau a făcut, sau face eforturi permanente să infirme ceea ce copilul a văzut sau a auzit; în cadrul aceleiași prelegeri am subliniat efectele pe care aceste presiuni le au

asupra dezvoltării personalității copilului. În cursul terapiei, astfel de efecte pot fi observate atunci când pacientul are o mare incertitudine dacă un anumit eveniment din cadrul familiei s-a petrecut sau nu și atunci când se simte vinovat că face aluzie la acel eveniment. În acest caz, ca și în multe alte situații de acest fel, rolul esențial al terapeutului este acela de a permite pacientului să exploreze toate posibilitățile diferite, atât pe cele care sunt favorabile părinților lui, cât și pe cele care le sunt nefavorabile, și să-l încurajeze să cântărească dovezile disponibile, în timp ce el (terapeutul) rămâne, în mod categoric, deschis în ceea ce privește direcția în care se va înclina balanța.

Până în acest moment, nu am abordat în expunerea de față problematica importantă referitoare la cât de mult putem și la cât de mult ar trebui să ne bazăm pe validitatea relatărilor pacienților noștri. Cu siguranță, amintirile sunt failibile și există diferite situații în care un terapeut cu experiență va pune sub semnul întrebării, pe bună dreptate, veridicitatea relatărilor pacientului. Prin urmare, care sunt criteriile în baza cărora ar trebui să judecăm?

În primul rând, nu trebuie să se acorde niciodată încredere deplină generalizărilor și expunerilor în linii mari referitoare la felul de-a fi al părinților sau referitoare la tipul de îngrijire primit, decât dacă aceste relatări sunt sprijinite de exemple detaliate privind modul în care fiecare dintre părinți l-a tratat pe pacient în copilărie, în situații bine definite. De exemplu, o poveste încântătoare despre o mamă minunată poate să nu fie susținută atunci când se intră în anumite detalii. Relatările valide care prezintă o îngrijire caracterizată de afecțiune nu numai că oferă din plin detalii favorabile, dar pot, de asemenea, să fie îmbinate

cu critici sporadice, astfel încât părintele poate fi văzut sub toate aspectele sale. În mod similar, relatările critice la adresa părinților, făcute numai în termeni nefavorabili, necesită o examinare atentă. Relatările invalide de ambele tipuri tind să aibă un caracter general și extrem — fie în alb, fie în negru. Detaliile ori lipsesc, ori, dacă sunt oferite, contrazic portretul prezentat. În contrast, atunci când sunt oferite din plin detalii clare, iar imaginea care derivă este concordantă cu ceea ce cunoaștem din alte surse că se poate întâmpla în alte familii, și este, totodată, concordantă cu antecedente cunoscute ale tipurilor de probleme care îl supără pe pacient, este absurd să punem la îndoială validitatea lor generală, chiar dacă anumite aspecte rămân sub semnul întrebării.

Originea acestor aspecte extreme rezidă adesea în presiunea externă. De exemplu, un părinte poate să insiste ca un copil să fie de partea lui împotriva celuilalt părinte, care este caracterizat ca având numai trăsături negative. O altă situație este aceea în care un părinte care face multe greșeli insistă asupra faptului că el nu poate fi supus criticii.

O altă situație în care terapeutul este îndreptățit să pună la îndoială povestea pacientului este atunci când există motive să suspecteze că pacientul este un mincinos patologic. Astfel de cazuri sunt destul de rare și, tocmai din acest motiv, ele pot să nu fie depistate pentru o vreme. Cu toate acestea, mai devreme sau mai târziu, o lipsă din ce în ce mai mare de concordanță și de probabilitate, precum și modul în care pacientul își spune povestea dau naștere îndoielii și, mai târziu, certitudinii că pacientul nu trebuie crezut.

Cu aceste excepții, cred că putem avea încredere în relatările pacienților, așa încât terapeutul le poate accepta ca fiind aproximări

240 rezonabile ale adevărului<sup>40</sup>; și, mai mult, ar fi antiterapeutic dacă s-ar proceda în mod contrar. A cerceta în mod constant validitatea poveștii pacientului, chiar și numai prin aluzii, și a insista asupra rolului distorsionant al imaginației sau fantasmei reprezintă opusul empatiei. Acest fapt îi transmite pacientului că terapeutul nu îl înțelege și ar putea chiar să-l convingă de faptul că terapeutul se comportă exact așa cum a prezis părintele lui. De altfel, se poate ca unii părinți care au insistat ca acel copil să nu vorbească despre un anumit lucru — cu care părintelui îi este rușine — să adauge că, oricum, în cazul în care copilul va proceda invers nimeni nu-l va crede.

Printre numeroasele evenimente și situații nefavorabile care nu au fost menționate până acum în această prelegere și pe care terapeutul ar trebui să le aibă în vedere ca fiind probabil să se fi petrecut în viața unui pacient, ar putea fi următoarele:

- copilul nu a fost niciodată dorit de unul sau de ambii părinți;
- copilul nu are sexul dorit de familie; părinții și-au dorit fie o fată, fie un băiat;
- copilul a fost făcut țăpul ispășitor al familiei, uneori ca urmare a unei drame în familie care, într-un mod mai mult sau mai puțin plauzibil, i-a fost atribuită lui;
- un părinte a utilizat tehnici de inducere a sentimentului de vinovăție, cu scopul de a controla copilul; de exemplu, afirmații frecvente că un anumit comportament al copilului o îmbolnăvește pe mamă;

<sup>40</sup> În ceea ce privește obiectivele cercetărilor, totuși criteriile referitoare la acceptarea informațiilor retrospective ca fiind valide trebuie să fie mult mai stricte.

- un părinte a căutat să facă din copil figura lui de atașament, descurajându-l să exploreze mediul înconjurător și să se îndepărteze de părinte, și făcându-l pe copil să creadă că nu va fi niciodată capabil să se descurce singur;
- rolul nefiresc pe care un copil îl are în cadrul familiei poate fi rezultatul faptului că mama lui a avut o relație extra-conjugală în timpul căsniciei, astfel încât tatăl presupus al copilului nu este tatăl lui real;
- o altă cauză a rolului nefiresc al copilului este atunci când unul dintre părinți consideră că acel copil are trăsături de personalitate identice cu cele ale unei rude — adesea, acea rudă este unul dintre bunicii copilului, cu care părintele respectiv are o relație dificilă; ulterior, acel părinte pune în scenă în relația cu copilul relația cu ruda respectivă;
- copilul a fost supus unui abuz fizic mai mult sau mai puțin grav din partea unui părinte sau a unui părinte vitreg;
- copilul a fost abuzat sexual de un părinte, un părinte vitreg sau un frate mai mare, pentru o perioadă de timp mai lungă sau mai scurtă.

Pentru cei care nu cunosc efectele pe care expunerea la situații de acest tip le au de obicei asupra dezvoltării personalității, în Anexa la Bibliografie (pp. 277–278) sunt oferite câteva referințe.

Fără îndoială, evenimentele semnificative petrecute în primii doi-trei ani de viață ai individului fie nu s-au stocat în memorie, fie individul nu și le mai poate aminti acum. Desigur, tot ceea ce poate face un terapeut este să deducă natura acelor evenimente, în baza situației de transfer și a informațiilor referitoare la primii ani de viață pe care pacientul le-a adunat din diverse surse, la care se adaugă cunoștințele terapeutului în domeniul

242 dezvoltării personalității. Cu alte cuvinte, el recurge la reconstrucție; însă procedând în acest mod, în viitor el va putea să recurgă la informații mai bogate și mai sigure referitoare la influența familiei asupra dezvoltării personalității, informații care în mod tradițional nu au fost disponibile terapeuților de orientare psihanalitică.

### Atitudinea terapeutului

În cadrul acestei prezentări a principiilor terapeutice, terapeuții vor recunoaște multe lucruri care le sunt familiare de multă vreme, dar de cele mai multe ori sub o altă denumire. Alianța terapeutică apare sub numele de bază de siguranță, obiectul intern sub numele de model de lucru (sau reprezentational) al unei figuri de atașament, reconstrucția sub numele de explorare a amintirilor din trecut, iar rezistența (uneori) apare ca împotrivire profundă de a încălca regulile stabilite în trecut de părinți referitoare la a nu spune anumite lucruri sau a le uita. Unul dintre aspectele sub care diferă aceste teorii se referă la accentuarea unui anumit rol al terapeutului, și anume acela de a-l însoți pe pacient în explorarea lui însuși și a experiențelor sale; astfel, se pune un accent mai redus asupra rolului terapeutului de a oferi interpretări. În timp ce unii terapeuți de orientare psihanalitică tradițională ar putea fi descriși ca adoptând o atitudine de tipul „Eu știu; vă voi spune și dumneavoastră”, atitudinea pe care o susțin aici este una de tipul „Dvs. știți; vă rog să-mi spuneți”. Astfel, pacientul este încurajat să aibă convingerea că, oferindu-i-se sprijin și, din când în când, îndrumare, el poate descoperi singur natura reală a modelelor care stau la baza gândurilor, sentimentelor și acțiunilor

243 sale; ulterior, examinând natura experiențelor sale anterioare cu părinții (sau cu înlocuitorii acestora), el va înțelege ce anume l-a determinat să construiască acele modele care sunt acum în funcțiune în interiorul lui și, astfel, se va simți liber să le restructureze. Din fericire, psihicul oamenilor, asemenea sistemului lor osos, are o tendință puternică de auto-vindecare. Sarcina psihoterapeutului, asemenea chirurgului ortoped, este aceea de a pune la dispoziție condițiile în care autovindecarea poate să aibă loc cu cele mai mari șanse de reușită.

Printre cei care au oferit în ultima perioadă prezentări detaliate privind deosebita valoare a adoptării acestei atitudini se află Peterfreund (1983) și Casement (1985); acești autori sunt de părere că pacientul trebuie abordat cu naturalețe și într-un mod lipsit de preconcepții.

Mai devreme, am descris rolul terapeutului ca fiind asemănător celui al unei mame care oferă copilului ei o bază de siguranță de la care el să poată explora. Acest lucru înseamnă, înainte de toate, faptul că terapeutul își acceptă și își respectă pacientul, cu toate calitățile și defectele lui; terapeutul consideră că pacientul îi este egal, și că este o ființă umană care are nevoie de ajutor — iar preocuparea principală a terapeutului este aceea de a susține o stare de bine a pacientului prin toate mijloacele pe care le are la dispoziție. Pentru atingerea acestui scop, terapeutul încearcă să fie o persoană de încredere, atentă, empatică și să răspundă cu compasiune și, de asemenea, să își încurajeze pacientul să-și exploreze lumea interioară populată de gânduri, sentimente și acțiuni nu doar din prezent, ci și din trecut. Cu toate că își încurajează în permanență pacientul să preia inițiativa, terapeutul nu este în niciun caz pasiv. Pe de o parte, terapeutul încearcă să fie atent și să răspundă cu sensibilitate. Pe de

244 altă parte, recunoaște că există momente în care ar trebui să preia el inițiativa. De exemplu, atunci când pacientul își pierde timpul vorbind despre orice altceva, numai despre gândurile și sentimentele lui față de alți oameni nu, va fi necesar să i se atragă atenția asupra faptului că evită această sferă, precum și asupra faptului că, probabil, nu are deloc încredere în eforturile terapeutului de a-i oferi ajutor sau în capacitatea lui de a menține confidențialitatea. În cazul altor pacienți, care probabil sunt foarte dornici să exploreze amintirile din copilărie, vor exista multe ocazii în care terapeutul poate să ceară mai multe detalii utile pentru terapie sau să aducă în discuție situații din copilărie la care pacientul nu a făcut referiri directe, dar care par plauzibile prin prisma a ceea ce pacientul relatează și, totodată, prin prisma problemelor specifice din cauza cărora pacientul suferă. Mai mult, procedând în acest mod, terapeutul nu trebuie să uite niciodată că pacientul lui ar putea fi încă profund influențat de dispozițiile date de părinții lui — și anume, să nu știe lucruri pe care nu ar trebui să le știe și să nu simtă sentimente pe care nu ar trebui să le simtă.

O întrerupere a terapiei generează, probabil întotdeauna, o anumită reacție în pacient; uneori această reacție poate fi conștientă, alteori este inconștientă, dar, cu toate acestea, este evidentă. Atunci când reacția este conștientă, ea poate să ia forma unei obiecții deschise sau a unui protest marcat de furie; atunci când este inconștientă, această reacție se poate manifesta prin faptul că pacientul critică procesul terapeutic sau lipsește una sau două ședințe înainte de producerea pauzei respective. Modul în care terapeutul evaluează aceste reacții și răspunde la ele reflectă poziția lui teoretică. Un terapeut care adoptă teoria atașamentului va respecta disconfortul sau furia provocate de

această separare, și va privi aceste reacții ca fiind răspunsurile naturale ale unui individ care s-a atașat de o altă persoană — iar acest respect va fi implicit în toate lucrurile pe care terapeutul le spune sau le face. În același timp, terapeutul va acorda atenție formei pe care o ia reacția pacientului. Dacă această reacție este exprimată deschis, terapeutul va manifesta compasiune și ar putea să ușureze disconfortul pacientului oferindu-i informații legate de modul în care ar putea să comunice pe parcursul acestei pauze. În plus, terapeutul va lua în considerare modul în care pacientul interpretează această întrerupere și, în cazul în care erorile de interpretare sunt evidente, va încerca să le depisteze originile. De exemplu, dacă unui pacient îi este teamă că terapeutul nu se va mai întoarce, ar putea să se exploreze posibilitatea ca pacientul să fi fost supus în copilărie la amenințări cu abandonul din partea unui părinte. În cazurile în care întreruperea se datorează stării de sănătate a terapeutului, el va trebui să ia în considerare posibilitatea că pacientului ar putea să-i fie teamă ca nu cumva să fi spus sau să fi făcut ceva care să fi determinat această îmbolnăvire. Dacă există această posibilitate, terapeutul va trebui să încerce să afle dacă nu cumva unul dintre părinții pacientului a încercat să-l controleze spunându-i că modul în care el se comportă duce la îmbolnăvirea mamei sau a tatălui.

În mod similar, dacă reacția unui pacient la întrerupere este aceea de a critica procesul terapeutic sau de a lipsi de la ședințe, un terapeut care adoptă teoria atașamentului se va întreba care sunt motivele pentru care pacientului său îi este teamă să-și exprime deschis sentimentele și care ar putea fi acele experiențe din copilărie care pot să explice neîncrederea pacientului.

Este foarte posibil ca acest mod al terapeutului de a răspunde la reacțiile pacientului la întreruperi să contrasteze cu modul în care răspunde un terapeut care adoptă și aplică una dintre teoriile psihanalitice tradiționale. De exemplu, un astfel de terapeut ar putea considera reacțiile pacientului lui ca fiind mai degrabă copilărești, sau chiar infantile, și că ar putea să indice faptul că pacientul este fixat la un stadiu oral sau de simbioză. Ceea ce terapeutul ar putea să spună, și mai ales modul în care ar putea să vorbească, poate fi resimțit de pacient ca lipsă de respect față de sentimentele lui de atașament, distres sau furie pe care le trăiește în momentul respectiv. De asemenea, din nou există pericolul ca terapeutul să pară că răspunde cu răceală și cu lipsă de compasiune și într-un mod prea asemănător cu cel al unuia dintre părinții pacientului. În cazul în care există această posibilitate, discuția subsecventă va fi antiterapeutică.

Până unde poate merge un terapeut, cu chibzuință, pentru a veni în întâmpinarea dorinței pacientului de a menține legătura pe parcursul întreruperii (de exemplu, prin telefon), sau pentru a-l liniști dacă este stresat în timpul unei ședințe depinde de mulți factori personali din cadrul relației lor. Pe de o parte, există pericolul ca pacientului să i se pară ca terapeutul este lipsit de compasiune față de dificultățile pe care le are, sau chiar să i se pară că îl respinge. Pe de altă parte, există riscul ca pacientului să i se pară că terapeutul poate oferi mai mult decât are posibilitatea să ofere. Există situații în care ar fi inuman să nu se permită unui pacient aflat într-o stare de distres o oarecare formă de contact fizic; în această situație, rolurile se manifestă explicit: cel care alină și cel care este alinat. Cu toate acestea, există întodeauna pericolul ca acest contact fizic să provoace sentimente cu caracter sexual, în special în cazul în care cele

două persoane implicate sunt de sexe diferite. În funcție de fiecare situație, terapeutul trebuie să ia propriile decizii și să-și stabilească propria conduită. Cu cât un terapeut este mai conștient de aceste problematice, cu atât va fi mai capabil să evite eventualele dificultăți.

### Comunicarea emoțională și restructurarea modelelor interne de lucru

Atunci când un terapeut utilizează tipul de tehnici avansate în această lucrare, se poate întâmpla uneori ca terapia să intre pe un făgaș în care pacientul să povestească la nesfârșit că a avut o copilărie nefericită și că părinții l-au tratat foarte urât, fără a se face vreun progres. Una dintre cauzele unei asemenea perseverențe este, bănuiesc, faptul că pacientul este convins că terapeutul nu acceptă adevărul din ceea ce pacientul spune: de aici și repetarea la nesfârșit a poveștilor respective. Acest lucru se poate datoră faptului că pacientul a fost mereu ridiculizat de către cei cărora le-a relatat în trecut aceste lucruri sau — și probabil că acest lucru este mai des întâlnit — faptului că însăși atitudinea terapeutului sugerează scepticism sau lipsă de încredere. Acest lucru poate să se facă în nenumărate feluri: tonul vocii, solicitarea de detalii sau eșecul de a acorda o anumită importanță spuselor pacientului.

Atunci când este limpede că problema rezidă în incredulitatea terapeutului, rezolvarea ei presupune ca terapeutul să explice clar că el cunoaște foarte bine faptul că astfel de lucruri li se întâmplă cu adevărat copiilor și că nu există niciun motiv pentru care să se îndoiască de relatarea pacientului. Și cu toate acestea, impasul poate să continue: povestea este spusă și răspusă

248 într-un mod monoton și cinic, fără vreun semn că ar exista vreun sentiment.

Această situație a fost dezbătută de Selma Fraiberg, care împreună cu colaboratoarele ei au demarat un program de ajutorare a mamelor expuse riscului de a-și neglija sau de a-și abuza bebelușii (Fraiberg, Adelson și Shapiro, 1975). În prezentarea lor, ele relatează că au întreprins vizite în familiile a două astfel de mame și că au ascultat poveștile tulburătoare pe care aceste femei le aveau de spus. Fiecare dintre aceste femei a relatat un istoric marcat de o cruzime extremă: fuseseră supuse la bătăi violente, date afară din casă în frig, adesea părăsite de mamă, forțate să se mute dintr-un loc în altul, și nu avuseseră pe nimeni la care să meargă să ceară ajutor sau alinare. Niciuna dintre ele nu a dat vreun semn privind modul în care *se simțiseră* sau ce le-ar fi venit *să facă*. Una dintre ele, o fată de 16 ani care evita să-și atingă sau să-și țină bebelușul în brațe (bebeluș care țipa disperat), a insistat: „Dar care este rostul vorbitului? Întotdeauna am ținut lucrurile acestea pentru mine. Vreau să uit. Nici nu vreau să mă gândesc.” Aici a fost momentul în care terapeuta a intervenit — exprimând ea însăși care sunt sentimentele pe care toți copiii ar putea să le aibă în situațiile respective: cât de speriați, furioși și deznădăjduiți ar putea să se simtă și *cât de mult și-ar dori să meargă la cineva* care să-i înțeleagă și care să le ofere alinare și protecție. Procedând astfel, terapeuta nu numai că a arătat faptul că înțelege cum se simțea pacienta, dar a comunicat în propriul ei fel că exprimarea unor astfel de sentimente și dorințe ar putea fi întâmpinată cu un răspuns plin de compasiune și liniștitor. Numai în aceste condiții a fost posibil pentru tânăra mamă să exprime toată durerea, să-și plângă lacrimile și să exprime „angoasa care pentru ea era de nerostit, că

era copil bun de aruncat la gunoi” — sentimente pe care le-a trăit mereu, dar pe care nu a avut curajul să le exprime. 249

În cadrul acestei prezentări a metodelor Selmei Fraiberg de a ajuta un pacient să exprime emoțiile pe care el nu reușește să le arate, am subliniat în mod intenționat legătura dintre emoție și acțiune. Eșecul de a exprima emoțiile se datorează foarte mult temerii inconștiente ca nu cumva acțiunea căreia îi este asociată acea emoție să nu conducă la un rezultat de care pacientului îi este groază. În multe familii, furia față de un adult determină o pedeapsă din partea acestuia, care uneori poate fi severă. Mai mult, a solicita cu lacrimi ajutor și alinare poate să aibă ca rezultat respingerea și umilirea. Probabil prea adesea clinicienii uită că mulți copii, atunci când sunt stresați și plâng și caută alinare, sunt goniți, ca niște mici plângăcioși nesuferiți. În loc să fie alinați de un părinte înțelegător și afectuos, acești copii au de-a face cu o respingere dură, critică și lipsită de compasiune. Prin urmare, nu sunt deloc surprinzătoare situațiile în care, dacă acest tipar predomină în perioada copilăriei, copilul învață să nu-și arate niciodată distresul și să nu caute alinare; și, în cazul în care începe o terapie, el va presupune că terapeutul va fi la fel de intolerant față de furie și lacrimi ca și părinții lui.

Orice terapeut care adoptă o perspectivă psihanalitică recunoaște de multă vreme faptul că, pentru a fi eficientă, terapia necesită ca pacientul să vorbească nu doar despre amintirile, ideile și visele pe care le are, despre speranțele și dorințele lui, ci să-și exprime totodată și sentimentele. Prezentarea tehnicii lui Fraiberg — de ajutorare a unei tinere mame cinice și încremenite să descopere profunzimea sentimentelor ei și să le exprime liber



250 faţă de terapia ei — este aşadar o observaţie potrivită cu care putem încheia această lucrare.

În conceperea acestei prelegeri am fost mereu conştient de faptul că, utilizând termeni precum „informaţie”, „comunicare” şi „modele de lucru”, un cititor neavizat ar putea să presupună cu uşurinţă că aceşti termeni aparţin unei psihologii care se ocupă doar de cogniţie şi care pierde din vedere noţiunile de sentiment şi acţiune. Cu toate că, pentru mulţi ani, a fost ceva obişnuit ca psihologii cognitivişti să omită referirile la emoţie, acum se recunoaşte faptul că a proceda în acest fel este nenatural şi ne-productiv (Hinde, Perret-Clermont şi Stevenson-Hinde, 1985). De fapt, între fiinţele umane nu există comunicări mai importante decât cele exprimate emoţional; şi nicio informaţie nu este mai vitală pentru construirea şi reconstruirea modelelor de lucru ale sinelui şi ale celuilalt decât informaţiile legate de modul în care fiecare se simte în relaţie cu celălalt. Într-adevăr, în perioada primilor ani din vieţile noastre, exprimarea emoţională şi receptarea acesteia reprezintă singurul mijloc de comunicare pe care îl avem la dispoziţie astfel încât, în mod inevitabil, fundaţiile modelelor de lucru ale sinelui şi ale figurii de ataşament se stabilesc în baza informaţiilor provenite doar din această sursă. Prin urmare, nu este deloc surprinzătoare situaţia în care, atunci când pacientul revizuieste relaţiile de ataşament pe parcursul terapiei, tocmai comunicările emoţionale dintre el şi terapeut sunt cele care joacă rolul cel mai important.

## Bibliografie

- Adams-Tucker, C. (1982) „Proximate effects of sexual abuse in childhood: a report on 28 children”, *American Journal of Psychiatry*, 139:1252–6.
- Ainsworth, M.D. (1962) „The effects of maternal deprivation: a review of findings and controversy in the context of research strategy”, în: *Deprivation of maternal care: a reassessment of its effects*, Public Health Papers nr. 14, Geneva: Organizaţia Mondială a Sănătăţii.
- Ainsworth, M.D. (1963) „The development of infant-mother interaction among the Ganda”, în B. M. Foss (coord.) *Determinants of infant behaviour*, vol. 2, London: Methuen; New York: Wiley.
- Ainsworth, M.D.S. (1967) *Infancy in Uganda: infant care and the growth of attachment*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M.D.S. (1969) „Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship”, *Child Development*, 40: 969–1025.
- Ainsworth, M.D.S. (1977) „Social development in the first year of life: maternal influences on infant-mother attach-

- ment", în J.M. Tanner (coord.) *Developments in psychiatric research*, London: Tavistock.
- Ainsworth, M.D.S. (1982) „Attachment: retrospect and prospect”, în C.M. Parkes și J. Stevenson-Hinde (coord.) *The place of attachment in human behavior*, 3–30, New York: Basic Books; London: Tavistock.
- Ainsworth, M.D.S. (1985) „I Patterns of infant-mother attachment: antecedents and effects on development” și „II Attachments across the life-span”, *Bulletin of New York Academy of Medicine*, 61: 771–91 și 791–812.
- Ainsworth, M.D.S. și Wittig, B.A. (1969) „Attachment and exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation”, în B.M. Foss (coord.) *Determinants of infant behaviour*, vol. 4, London: Methuen; New York: Barnes & Noble.
- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M. și Stayton, D.J. (1971) „Individual differences in strange situation behavior of one-year-olds”, în H.R. Schaffer (coord.) *The origins of human social relations*, 17–57, London: Academic Press.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E. și Wall, S. (1978) *Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Anderson, J.W. (1972) „Attachment behaviour out of doors”, în N. Blurton Jones (coord.) *Ethological studies of child behaviour*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Arend, R., Gove, F.L. și Sroufe, L.A. (1979) „Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten: a predictive study of ego-resiliency and curiosity in preschoolers”, *Child Development*, 50: 950–9.

- Baldwin, J. (1977) „Child abuse: epidemiology and prevention”, în *Epidemiological approaches in child psychiatry*, 55–106, London: Academic Press.
- Ballou, J. (1978) „The significance of reconciliative themes in the psychology of pregnancy”, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 42: 383–413.
- Bender, L. (1947) „Psychopathic behaviour disorders in children”, în R.M. Lindner și R.V. Seliger (coord.) *Handbook of correctional psychology*, New York: Philosophical Library.
- Bender, L. și Yarnell, H. (1941) „An observation nursery”, *American Journal of Psychiatry*, 97:1158–74.
- Blehar, M.C., Lieberman, A.F. și Ainsworth, M.D.S. (1977) „Early face-to-face interaction and its relations to later infant-mother attachment”, *Child Development*, 48: 182–94.
- Blight, J.G. (1981) „Must psychoanalysis retreat to hermeneutics?”, *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 4: 147–205.
- Bliss, E.L. (1980) „Multiple personalities: report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria”, *Archives of General Psychiatry*, 37:1388–97.
- Bliss, E.L. (1986) *Multiple personality, allied disorders and hypnosis*, Oxford: Oxford University Press.
- Bloch, D. (1978) „So the witch won't eat me”, Boston: Houghton Mifflin.
- Bowlby, J. (1940) The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 21: 154–78.
- Bowlby, J. (1944) „Forty-four juvenile thieves: their characters and home life”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 25: 19–52 și 107–27.

- Bowlby, J. (1951) *Maternal care and mental health*, Geneva: Organizația Mondială a Sănătății; London: Her Majesty's Stationery Office; New York: Columbia University Press; versiunea prescurtată: *Child Care and the Growth of Love* (Ed. a 2-a, 1965) Harmondsworth: Penguin.
- Bowlby, J. (1958) The nature of the child's tie to his mother, *International Journal of Psycho-Analysis*, 39: 350-73.
- Bowlby, J. (1960) „Grief and mourning in infancy and early childhood”, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15: 9-52.
- Bowlby, J. (1961) „Processes of mourning”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 42: 317-40.
- Bowlby, J. (1969) *Attachment*, vol. 1 din *Attachment and Loss* (Ed. a 2-a, 1982), London: Hogarth Press; New York: Basic Books; Harmondsworth: Penguin (1971).
- Bowlby, J. (1973) *Separation: anxiety and anger*, vol. 2 din *Attachment and loss*, London: Hogarth Press; New York: Basic Books; Harmondsworth: Penguin (1975).
- Bowlby, J. (1977) „The making and breaking of affectional bonds”, *British Journal of Psychiatry*, 130: 201-10 and 421-31; republicată în 1979, New York: Methuen Inc.; London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1980) *Loss: sadness and depression*, vol. 3 din *Attachment and loss*, London: Hogarth Press; New York: Basic Books; Harmondsworth: Penguin (1981).
- Bowlby, J. (1981) „Psychoanalysis as a natural science”, *International Review of Psycho-Analysis*, 8: 243-56.
- Bowlby, J. (1982) *Attachment*, Ed. a 2-a a vol. 1 din *Attachment and loss* London: Hogarth Press.
- Brazelton, T.B., Koslowski, B. și Main, M. (1974) „The origins of reciprocity in mother-infant interaction”, în M. Lewis

- and L.A. Rosenblum (coord.) *The Effect of the Infant on its Caregiver*, 49-76, New York; Wiley-Interscience.
- Bretherton, I. (1987) „New perspectives on attachment relations in infancy: security, communication and internal working models”, în J.D. Osofsky, (coord.) (Ed. a 2-a), 1061-100, New York: Wiley.
- Brown, G.W. și Harris, T. (1978) *The social origins of depression*, London: Tavistock.
- Burlingham, D. și Freud, A. (1942) *Young children in war-time London*, London: Allen & Unwin.
- Burlingham, D. și Freud, A. (1944) *Infants without families*, London: Allen & Unwin.
- Burnham, D.L. (1965) „Separation anxiety”, *Archives of General Psychiatry*, 13: 346-58.
- Cain, A.C. și Fast, I. (1972) „Children's disturbed reactions to parent suicide”, în A.C. Cain (coord.) *Survivors of suicide*, Springfield, Illinois: C.C. Thomas.
- Casement, P. (1985) *On learning from the patient*, London: Tavistock.
- Cassidy, J. și Kobak, R. (1988) „Avoidance and its relation to other defensive processes”, în J. Belsky și T. Nezworski (coord.) *Clinical Implications of Attachment*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cater, J.I. și Easton, P.M. (1980) „Separation and other stress in child abuse”, *Lancet*, 1 (3 mai 1980): 972.
- Clarke-Stewart, K.A. (1978) „And daddy makes three: the father's impact on mother and young child”, *Child Development*, 49: 466-78.
- Collis, G.M. și Schaffer, H.R. (1975) „Synchronization of visual attention in mother-infant pairs”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16: 315-20.

- 256 Crittenden, P. (1985) „Maltreated infants: vulnerability and resilience”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 26: 85–96.
- DeLozier, P.P. (1982) „Attachment theory and child abuse, în C.M. Parkes și J. Stevenson-Hinde *The place of attachment in human behavior*, 95–117, New York: Basic Books; London: Tavistock.
- Deutsch, H. (1937) „Absence of grief”, *Psychoanalytic Quarterly*, 6:12–22.
- Dixon, N.F. (1971) *Subliminal perception: the nature of a controversy*, London: McGraw-Hill.
- Dixon, N.F. (1981) *Preconscious processing*, Chichester and New York: Wiley.
- Efron, A. (1977) „Freud’s self-analysis and the nature of psycho-analytic criticism”, *International Review of Psycho-analysis*, 4: 253–80.
- Emde, R.N. (1983) „The prerepresentational self and its affective core”, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 38: 165–92.
- Epstein, S. (1980) The self-concept: a review of the proposal of an integrated theory of personality, în E. Staub (coord.) *Personality: basic issues and current research*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Epstein, S. (1986) „Implications of cognitive self-theory for psychopathology and psychotherapy, în N. Cheshire și H. Thoma (coord.) *Self-esteem and Psychotherapy*, New York: Wiley.
- Erdelyi, M.H. (1974) „A new look at the New Look: perceptual defense and vigilance”, *Psychological Review*, 81: 1–25.
- Fairbairn, W.R.D. (1940) „Schizoid factors in the personality, în *Psychoanalytic studies of the Personality*, 3–27, London: Tavistock (1952); New York: Basic Books (1952).
- Farrington, D.P. (1978) „The family backgrounds of aggressive youths”, în L. Hersov și M. Berger (coord.) *Aggression and anti-social behaviour in children and adolescents*, 73–93, Oxford and New York: Pergamon Press.
- Feinstein, H.M., Paul, N. și Pettison, E. (1964) „Group therapy for mothers with infanticidal impulses”, *American Journal of Psychiatry*, 120: 882–6.
- Fraiberg, S., Adelson, E. și Shapiro, V. (1975) „Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships”, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14: 387–421.
- Freud, S. (1909) „Micul Hans”, în *Opere vol. 2, Nevroza la copil*, Editura Trei, 2000.
- Freud, S. (1914) „Amintire, repetiție și elaborare”, *Opere vol. 11, Tehnica psihanalizei*, Editura Trei, 2004.
- Freud, S. (1917) *Introducere în psihanaliză*, *Opere vol. 10*, Editura Trei, 2004.
- Freud, S. (1918) „Omul cu lupi. Din istoria unei nevroze infantile”, *Opere vol. 2, Nevroza la copil*, Editura Trei, 2000.
- Freud, S. (1925) *Autobiografie*, *Opere vol. 16*, Editura Trei, 2007.
- Freud, S. (1926) *Inhibiție, simptom, angoasă*, *Opere vol. 5*, Editura Trei, 2001.
- Freud, S. (1937) „Construcții în analiză”, *Opere vol. 11*, Editura Trei, 2004.
- Freud, S. (1939) „Moise și religia monoteistă”, *Opere vol. 4, Studii despre societate și religie*, Editura Trei, 2000.
- 257

- 258 Freud, S. (1940) *Compendiu de psihanaliză*, Opere vol. 13, Editura Trei, 2005.
- Freud, S. (1950) *Proiect de psihologie*, Opere vol. 17, Editura Trei, 2007.
- Frodi, A.M. și Lamb, M.E. (1980) „Child abusers' responses to infant smiles and cries”, *Child Development*, 51: 238–41.
- Frommer, E.A. și O'Shea, G. (1973) „Antenatal identification of women liable to have problems in managing their infants”, *British Journal of Psychiatry*, 123, 149–56.
- Furman, E. (1974) *A child's parent dies*, New Haven and London: Yale University Press.
- Gaensbauer, T.J. și Sands, K. (1979) „Distorted affective communications in abused/neglected infants and their potential impact on caretakers”, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18: 236–50.
- Gayford, J.J. (1975) „Wife-battering; a preliminary survey of 100 cases”, *British Medical Journal*, vol. 1, 194–7, nr. 5951.
- Gedo, J.E. (1979) *Beyond interpretation: toward a revised theory for psychoanalysis*, New York: International Universities Press.
- George, C. și Main, M. (1979) „Social interactions of young abused children: approach, avoidance and aggression”, *Child Development*, 50: 306–18.
- Gill, H.S. (1970) „Parental influences in a child's capacity to perceive sexual themes”, *Family Process* 9: 41–50; republicată în R. Gosling (coord.) *Support, innovation and autonomy*, 113–24, London: Tavistock (1973).
- Goldfarb, W. (1943a) „Infant rearing and problem behaviour”, *American Journal of Orthopsychiatry*, 13: 249–65.

- Goldfarb, W. (1943b) „The effects of early institutional care on adolescent personality”, *Child Development*, 14: 213–23.
- Goldfarb, W. (1943c) „The effects of early institutional care on adolescent personality”, *Journal of Experimental Education*, 12: 106–29.
- Goldfarb, W. (1955) „Emotional and intellectual consequences of psychologic deprivation in infancy: a revaluation”, în P.H. Hoch și J. Zubin (coord.) *Psychopathology of Childhood*, New York: Grune & Stratton.
- Green, A.H., Gaines, R.W. și Sandgrun, A. (1974) „Child abuse: pathological syndrome of family interaction”, *American Journal of Psychiatry*, 131, 882–6.
- Grinker, R.R. (1962) „«Mentally healthy» young males (homoclitics)”, *Archives of General Psychiatry*, 6: 405–53.
- Grossmann, K.E., Grossmann, K. și Schwan, A. (1986) „Capturing the wider view of attachment: a reanalysis of Ainsworth's strange situation”, în C.E. Izard și P.B. Read (coord.) *Measuring emotions in infants and children*, vol. 2, New York: Cambridge University Press.
- Guidano, V.F. and Liotti, G. (1983) *Cognitive processes and emotional disorders*, New York: Guilford Press.
- Guntrip, H. (1975) „Experiența mea în analiză cu Fairbairn și Winnicott”, în *Formarea pentru psihoterapie*, Editura Trei, 2007.
- Hall, F., Pawlby, S.J. și Wolkind, S. (1979) „Early life experiences and later mothering behaviour: a study of mothers and their 20-week old babies”, în D. Shaffer and J. Dunn (coord.) *The first year of life*, 153–74, Chichester and New York: Wiley.
- 259

- 260 Hansburg, H.G. (1972) *Adolescent separation anxiety: a method for the study of adolescent separation problems*, Springfield, Illinois: C.C. Thomas.
- Harlow, H.F. și Harlow, M.K. (1965) „The affectional systems“, în A.M. Schrier, H.F. Harlow și F. Stollnitz (coord.) *Behaviour of non-human primates*, vol. 2, New York and London: Academic Press.
- Harlow, H.F. și Zimmermann, R.R. (1959) „Affectional responses in the infant monkey“, *Science*, 130: 421.
- Harris, T.O. (1988) „Psycho-social vulnerability to depression: the biographical perspective of the Bedford College studies“, în S. Henderson (coord.) *Textbook of Social Psychiatry*, Amsterdam: Elsevier.
- Harrison, M. (1981) „Home-start: a voluntary home-visiting scheme for young families“, *Child Abuse and Neglect*, 5: 441-7.
- Hazan, C. și Shaver, P. (1987) „Romantic love conceptualised as an attachment process“, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 511-24.
- Heinicke, C. (1956) „Some effects of separating two-year-old children from their parents: a comparative study“, *Human Relations*, 9: 105-76.
- Heinicke, C. și Westheimer, I. (1966) *Brief separations*, New York: International Universities Press; London: Longman.
- Helfer, R.E. și Kempe, C.H. (coord.) (1976) *Child abuse and neglect: the family and the community*, Cambridge, Mass.: Balinger.
- Hinde, R.A. (1974) *Biological bases of human social behaviour*, New York and London: McGraw-Hill.

- Hinde, R.A. și Spencer-Booth, Y. (1971) „Effects of brief separation from mother on rhesus monkeys“, *Science*, 173: 111-18.
- Hinde, R.A., Perret-Clermont, A.-N. și Stevenson-Hinde J. (coord.) (1985) *Social relationships and cognitive development*, Oxford: Clarendon Press.
- Holt, R.R. (1981) „The death and transfiguration of metapsychology“, *International Review of Psycho-Analysis*, 8: 129-43.
- Home, H.J. (1966) „The concept of mind“, *International Journal of Psycho-Analysis*, 47: 43-9.
- Hopkins, J. (1984) „The probable role of trauma in a case of foot and shoe fetishism: aspects of the psychotherapy of a six-year-old girl“, *International Review of Psycho-analysis*, 11: 79-91.
- Horney, K. (1951) *Neurosis and human growth*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Horowitz, M., Marmar, C., Krupnick, J., Wilner, N., Kaltreider N. și Wallerstein, R. (1984) *Personality styles and brief psychotherapy*, New York: Basic Books.
- Izard, C.E. (coord.) (1982) *Measuring emotions in infants and children*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Johnson-Laird, P.N. (1983) *Mental models*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Jones, E. (1957) *Sigmund Freud: life and work*, vol. 3, London: Hogarth Press, New York: Basic Books.
- Kaye, H. (1977) „Infant sucking behaviour and its modification“, în L.P. Lipsitt și C.C. Spiker (coord.) *Advances in child development and behaviour*, vol. 3, 2-52, London and New York: Academic Press.

- 262 Kennell, J.H., Jerrauld, R., Wolfe, H., Chesler, D., Kreger, N.C., McAlpine, W., Steffa, M. și Klaus, M.H. (1974) „Maternal behaviour one year after early and extended post-partum contact“, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 16: 172–9.
- Kernberg, O. (1975) *Borderline conditions and pathological narcissism*, New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1980) *Internal world and external reality: object relations theory applied*, New York: Jason Aronson.
- Klaus, M.H. și Kennell, J.H. (1982) *Maternal-infant bonding* (Ed. a 2-a), St Louis: C.V. Mosby.
- Klaus, M.H., Trause, M.A. și Kennell, J.H. (1975) „Does human maternal behaviour after delivery show a characteristic pattern?“, în *Parent-infant interaction, Ciba Foundation Symposium 33 (new series)*: 69–78, Amsterdam: Elsevier.
- Klaus, M.H., Kennell, J.H., Robertson, S.S. și Sosa, R. (1986) „Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity“, *British Medical Journal*, 283: 585–7.
- Klein, G.S. (1976) *Psychoanalytic theory: an exploration of essentials*, New York: International Universities Press.
- Klein, M. (1940) „Mourning and its relation to manic-depressive states“, în *Love, guilt and reparation and other papers, 1927–1946*, 311–38, London: Hogarth (1947); Boston: Seymour Lawrence/Delacorte.
- Klein, Milton (1981) „On Mahler's autistic and symbiotic phases: an exposition and evaluation“, *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 4: 69–105.
- Kliman, G. (1965) *Psychological emergencies of childhood*, New York: Grune & Stratton.

- Kluft, R.P. (coord.) (1985) *Childhood antecedents of multiple personality*, Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Kobak, R.R. și Sceery, A. (1988) „Attachment in late adolescence; working models, affect regulation and representations of self and others“, *Child Development*, 59.
- Kohut, H. (1971) *The analysis of the self*, New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977) *The restoration of the self*, New York: International Universities Press.
- Kuhn, T.S. (1962) *The structure of scientific revolutions* (Ed. a 2-a, 1970), Chicago: University of Chicago Press.
- Kuhn, T.S. (1974) „Second thoughts on paradigms“, în F. Suppe (coord.) *The structure of scientific theory*, 459–99, Urbana, Illinois: University of Illinois Press.
- Lamb, M.E. (1977) „The development of mother-infant and father-infant attachment in the second year of life“, *Developmental Psychology*, 13: 637–48.
- Latakos, I. (1974) „Falsification and the methodology of scientific research programmes“, în I. Latakos și A. Musgrave (coord.) *Criticism and the growth of knowledge*, London: Cambridge University Press.
- Levy, D. (1937) „Primary affect hunger“, *American Journal of Psychiatry*, 94: 643–52.
- Lind, E. (1973) „From false-self to true-self functioning: a case in brief psychotherapy“, *British Journal of Medical Psychology*, 46: 381–9.
- Liotti, G. (1986) „Structural cognitive therapy“, în W. Dryden și W. Golden (coord.) *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy*, 92–128, New York; Harper & Row.

- 264 Liotti, G. (1987) „The resistance to change of cognitive structures: a counterproposal to psychoanalytic metapsychology”, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1: 87–104.
- Lorenz, K.Z. (1935) „Der Kumpan in der Umwelt des Vogels”, *J. Orn. Berl.*, 83, versiunea în limba engleză în C.H. Schiller (coord.) *Instinctive behaviour*, New York: International Universities Press (1957).
- Lynch, M. (1975) „Ill-health and child abuse”, *The Lancet*, 16 August 1975.
- Lynch, M.A. și Roberts, J. (1982) *Consequences of child abuse*, London: Academic Press.
- Mackey, W.C. (1979) „Parameters of the adult-male-child bond”, *Ethology and Sociobiology* 1: 59–76.
- Mahler, M.S. (1971) „A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation”, *The psychoanalytic study of the child*, 26: 403–24.
- Mahler, M.S., Pine, F. și Bergman, A. (1975) *The psychological birth of the human infant*, New York: Basic Books.
- Main, M.B. (1977) „Analysis of a peculiar form of reunion behaviour in some day-care children: its history and sequelae in children who are home-reared”, în R. Webb (coord.) *Social development in childhood: daycare programs and research*, Baltimore: John Hopkins University Press.
- Main, M. (1988) „Parental aversion to physical contact with the infant: stability, consequences and reasons”, în T.B. Brazelton și K. Barnard (coord.) *Touch* New York: International Universities Press.

- Main, M. și Cassidy, J. (1988) „Categories of response with the parent at age six: predicted from infant attachment classifications and stable over a one month period”, *Developmental Psychology*, 24: 415–26.
- Main, M. și George, C. (1985) „Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress in age-mates: a study in the day-care setting”, *Developmental Psychology*, 21, 407–12.
- Main, M. și Hesse, E. (1990) „Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism”, în M. Greenberg, D. Cicchetti și M. Cummings (coord.) *Attachment in the preschool years*, Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M. și Solomon, J. (1990) „Procedure for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation”, în M. Greenberg, D. Cicchetti și M. Cummings (coord.), *Attachment in the preschool years*, Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M. și Weston, D. (1981) „Quality of attachment to mother and to father: related to conflict behaviour and the readiness for establishing new relationships”, *Child Development*, 52: 932–940.
- Main, M., Kaplan, N. și Cassidy, J. (1985) „Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation”, în I. Bretherton și E. Waters (coord.) *Growing points in attachment: theory and research*, Monographs of the Society for Research in Child Deve-



lopment Serial 209: 66–104, Chicago: University of Chicago Press.

- Malan, D.M. (1973) „Therapeutic factors in analytically-oriented brief psychotherapy”, în: R.H. Gosling (coord.) *Support, Innovation and Autonomy*, 187–209, London: Tavistock.
- Malone, C.A. (1966) „Safety first: comments on the influence of external danger in the lives of children of disorganized families”, *American Journal of Orthopsychiatry* 36: 6–12.
- Manning, M., Heron, J. și Marshall, T. (1978) „Styles of hostility and social interactions at nursery, at school and at home: an extended study of children”, în L. Hersov și M. Berger (coord.) *Aggression and antisocial behaviour in childhood and adolescence*, 29–58, Oxford and New York: Pergamon.
- Marris, P. (1958) *Widows and their families*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Marrone, M. (1984) „Aspects of transference in group analysis”, *Group Analysis*, 17: 179–90.
- Marsden, D. și Owens, D. (1975) The Jekyll and Hyde marriages”, *New Society*, 32: 333–5.
- Martin, H.P. și Rodeheffer, M.A. (1980) „The psychological impact of abuse in children”, în G.J. Williams și J. Mone (coord.) *Traumatic abuse and neglect of children at home*, Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- Matas, L., Arend, R.A. și Sroufe, L.A. (1978) „Continuity of adaptation in the second year: the relationship between

quality of attachment and later competence”, *Child Development*, 49: 547–56. 267

- Mattinson, J. și Sinclair, I. (1979) *Mate and stalemate*, Oxford: Blackwell.
- Meiselman, K.C. (1978) *Incest — a psychological study of causes and effects with treatment recommendations*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Melges, F.T. și DeMaso, D.R. (1980) „Grief resolution therapy: re-living, revising, and revisiting”, *American Journal of Psychotherapy*, 34: 51–61.
- Miller, A. (1979, versiunea în limba engleză: 1983) *The drama of the gifted child and the search for the true self*, London: Faber and Faber.
- Mintz, T. (1976) „Contribution to panel report on effects on adults of object loss in the first five years”, apud M. Wolfenstein, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 662–5.
- Mitchell, M.C. „Physical child abuse in a Mexican-American population”, în K.E. Pottharst (coord.) *Research explorations in adult attachment*.
- Morris, D. (1981) „Attachment and intimacy”, în G. Strieker (coord.) *Intimacy*, New York: Plenum.
- Morris, M.G. și Gould, R.W. (1963) „Role reversal: a necessary concept in dealing with the «Battered child syndrome»”, *American Journal of Orthopsychiatry*, 32: 298–9.
- Newson, J. (1977) „An intersubjective approach to the systematic description of mother-infant interaction”, în H.R. Schaffer (coord.) *Studies in mother-infant interaction*, New York: Academic Press.

- 268 Niederland, W.G. (1959a) „The «miracled-up» world of Schreber's childhood“, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14: 383–413.
- Niederland, W.G. (1959b) „Schreber: father and son“, *Psycho-Analytic Quarterly*, 28: 151–69.
- Norman, D.A. (1976) *Memory and attention: introduction to human information processing* (Ed. a 2-a), New York: Wiley.
- Offer, D. (1969) *The psychological world of the teenager, a study of normal adolescent boys*, New York: Basic Books.
- Palgi, P. (1973) „The socio-cultural expressions and implications of death, mourning and bereavement arising out of the war situation in Israel“ *Israel Annals of Psychiatry*, 11: 301–29.
- Parke, R.D. (1979) „Perspectives on father-infant interaction“, în J.D. Osofsky (coord.) *Handbook of infant development*, New York: Wiley.
- Parke, R.D. și Collmer, C.W. (1975) „Child abuse: an interdisciplinary analysis“, în E.M. Hetherington (coord.) *Review of Child Development Research*, vol. 5, Chicago: University of Chicago Press.
- Parkes, C.M. (1972) *Bereavement: studies of grief in adult life*, London: Tavistock; New York: International Universities Press.
- Parkes, C.M. și Stevenson-Hinde, J. (coord.) (1982) *The place of attachment in human behavior*, New York: Basic Books; London: Tavistock.
- Pedder, J. (1976) „Attachment and new beginning“, *International Review of Psycho-analysis*, 3: 491–7.

- Peterfreund, E. (1971) Information, systems, and psychoanalysis, *Psychological Issues*, vol. VII. Monograph 25/26, New York: International Universities Press.
- Peterfreund, E. (1978) „Some critical comments on psychoanalytic conceptualizations of infancy“, *International Journal of Psycho-Analysis*, 59: 427–41.
- Peterfreund, E. (1983) *The process of psychoanalytic therapy: modes and strategies*, New York: Analytic Press.
- Peterson, G.H. și Mehl, L.E. (1978) „Some determinants of maternal attachment“, *American Journal of Psychiatry*, 135: 1168–73.
- Pine, F. (1985) *Developmental theory and clinical process*, New Haven: Yale University Press.
- Popper, K.R. (1972) *Objective knowledge: an evolutionary approach*, Oxford: Clarendon Press.
- Pound, A. (1982) „Attachment and maternal depression“, în C.M. Parkes și J. Stevenson-Hinde (coord.) *The place of attachment in human behavior*, 118–130, New York: Basic Books; London: Tavistock.
- Pound, A. și Mills, M. (1985) „A pilot evaluation of Newpin, a home visiting and befriending scheme in South London“, *Newsletter of Association for Child Psychology and Psychiatry*, 7, nr. 4: 13–15.
- Provence, S. și Lipton, R.C. (1962) *Infants in institutions*, New York: International Universities Press.
- Radford, M. (1983) „Psychoanalysis and the science of problem-solving man: an application of Popper's philosophy and a response to Will (1980)“, *British Journal of Medical Psychology*, 56: 9–26.

- 270 Radke-Yarrow, M., Cummings, E.M., Kuczynski, L. și Chapman, M. (1985) „Patterns of attachment in two- and three-year olds in normal families and families with parental depression“, *Child Development*, 56: 884–93.
- Rajecki, D.W., Lamb, M.E. și Obmascher, P. (1978) „Towards a general theory of infantile attachment: a comparative review of aspects of the social bond“, *The Behavioral and Brain Sciences*, 3: 417–64.
- Raphael, B. (1977) „Preventive intervention with the recently bereaved“, *Archives of General Psychiatry*, 34:1450–4.
- Raphael, B. (1982) „The young child and the death of a parent“, în C.M. Parkes și J. Stevenson-Hinde (coord.) *The place of attachment in human behaviour*, 131–50, New York: Basic Books; London: Tavistock.
- Raphael, D. (1966) „The lactation-suckling process within a matrix of supportive behaviour“, teză de doctorat susținută la Columbia University.
- Ricks, M.H. (1985) „The social transmission of parental behaviour: attachment across generations“, în I. Bretherton și E. Waters (coord.) *Growing points in attachment theory and research*, Monograph of the Society for Research in Child Development Serial no. 209, 211–27.
- Ricoeur, P. (1970) *Despre interpretare. Eseu asupra lui Freud*, Editura Trei, 1998.
- Ringler, N., Kennell, J.H., Jarvella, R., Navajosky, R.J. și Klaus, M.H. (1975) „Mother to child speech at two years: the effects of increased postnatal contact“, *Journal of Pediatrics*, 86, 141–4.
- Robertson, J. (1952) *A two year-old goes to hospital* (film), Ipswich: Concord Films Council; New York: New York University Film Library.
- Robertson, J. (1953) „Some responses of young children to loss of maternal care“, *Nursing Times*, 49: 382–6.
- Robertson, J. (1958) *Going to hospital with mother* (film) Ipswich: Concord Films Council; New York: New York University Film Library.
- Robertson, J. (1970) *Young children in hospital* (Ed. a 2-a) London: Tavistock.
- Robertson, J. și Bowlby, J. (1952) „Responses of young children to separation from their mothers“, *Courrier Centre Internationale Enfance*, 2: 131–42.
- Robson, K.M. și Kumar, R. (1980) „Delayed onset of maternal affection after childbirth“, *British Journal of Psychiatry*, 136: 347–53.
- Rosen, V.H. (1955) „The reconstruction of a traumatic childhood event in a case of derealization“, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 3: 211–21; republicată în A.C. Cain (coord.) (1972) *Survivors of suicide*, Springfield, Illinois: C.C. Thomas.
- Rosenblatt, A.D. și Thickstun, J.T. (1977) Modern psychoanalytic concepts in a general psychology, partea 1 și 2, *Psychological Issues Monograph* 42/43, New York: International Universities Press.
- Rosenfeld, S. (1975) „Some reflections arising from the treatment of a traumatized child“, în *Hampstead Clinic Studies in Child Psychoanalysis*, 47–64, New Haven, Conn.: Yale University Press.

- 272 Rubinstein, B.B. (1967) „Explanation and mere description: a meta-scientific examination of certain aspects of the psychoanalytic theory of motivation“, în R.R. Holt (coord.) *Motives and thought: psychoanalytic essays in honor of David Rapaport*, 20-7, Psychological Issues Monograph 18/19, New York: International Universities Press.
- Rutter, M. (1979) „Maternal deprivation, 1972-1978: new findings, new concepts, new approaches“, *Child Development*, 50: 283-305; republicată în *Maternal Deprivation Reassessed* (Ed. a 2-a), Harmondsworth: Penguin, 1981.
- Rutter, M. (coord.) (1980) *Scientific foundation of developmental psychiatry*, London: Heinemann Medical Books.
- Sameroff, A.J. și Chandler, M.A. (1975) „Reproductive risk and the continuance of caretaking casualty“, în F.D. Horowitz et al. (coord.) *Review of Child Development Research*, vol. 4, 187-244, Chicago: University of Chicago Press.
- Sander, L.W. (1964) „Adaptive relationships in early mother-child interaction“ *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 3: 231-64.
- Sander, L.W. (1977) The regulation of exchange in the infant-caregiver system and some aspects of the context-content relationships“, în M. Lewis și L. Rosenblum (coord.) *Interaction, conversation and the development of language*, 133-56, New York and London: Wiley.
- Sander, L. (raportor) (1980) „New knowledge about the infant from current research: implications for psychoanalysis“, Raportul comisiei prezentat la Întrunirea anuală a Asociației Americane de Psihanaliză, Atlanta,

Mai 1978, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 28: 181-98.

- Santayana, G. (1905) *The life of reason*, vol. 1, New York: Scribner.
- Schafer, R. (1976) *A new language for psychoanalysis*, New Haven: Yale University Press.
- Schaffer, H.R. (coord.) (1977) *Studies in mother-infant interaction*, London: Academic Press.
- Schaffer, H.R. (1979) „Acquiring the concept of the dialogue“, în H.M. Bornstein și W. Kessen (coord.) *Psychological development from infancy: image to intention*, 279-305, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Schaffer, H.R. și Crook, C.K. (1979) „The role of the mother in early social development“, în B. McGurk (coord.) *Issues in childhood social development*, 55-78, London: Methuen.
- Schaffer, H.R., Collis, G.M. și Parsons, G. (1977) „Vocal interchange and visual regard in verbal and preverbal children“, în H.R. Schaffer (coord.) *Studies in mother-infant interaction*, 291-324, London: Academic Press.
- Sosa, R., Kennell, J., Klaus, M., Robertson, S. și Urrutia, J. (1980) „The effect of a supportive companion on length of labour, mother-infant interaction and perinatal problems“, *New England Journal of Medicine*, 303: 597-600.
- Spiegel, R. (1981) „Review of Loss: Sadness and Depression by John Bowlby“, *American Journal of Psychotherapy*, 35: 598-600.
- Spinetta, J.J. și Rigler, D. (1972) „The child-abusing parent: a psychological review“, *Psychological Bulletin*, 77: 296-304.

- Spitz, R.A. (1945) „Hospitalism: an enquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood“, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1: 53–74.
- Spitz, R.A. (1946) „Anaclitic depression“, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2: 313–42.
- Spitz, R.A. (1947) *Grief: a peril in infancy* (film), New York: New York University Film Library.
- Spitz, R.A. (1957) *No and yes*, New York: International Universities Press.
- Sroufe, L.A. (1983) „Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in pre-school: the roots of maladaptation and competence“, în M. Perlmutter (coord.) *Minnesota Symposium in Child Psychology*, vol. 16, 41–81, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Sroufe, L.A. (1985) „Attachment-classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament“, *Child Development*, 56: 1–14.
- Sroufe, L.A. (1986) „Bowlby's contribution to psychoanalytic theory and developmental psychology“, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27: 841–9.
- Steele, B.F. și Pollock, C.B. (1968) „A psychiatric study of parents who abuse infants and small children“, în R.E. Heifer și C.H. Kempe (coord.) *The battered child*, 103–45, Chicago: University of Chicago Press.
- Stephen, A. (1934) „On defining psychoanalysis“, *British Journal of Medical Psychology*, 11: 101–16.
- Stern, D.N. (1977) *The first relationship: infant and mother*, London: Fontana, Open Books.
- Stern, D.N. (1985) *The interpersonal world of the infant*, New York: Basic Books.

- Strachey, J. (1959), Editor's introduction to the *Standard Edition* of Freud's *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, SE 20, 77–86, London: Hogarth Press.
- Stroh, G. (1974) „Psychotic children“, în P. Barker (coord.) *The residential psychiatric treatment of children*, 175–90, London: Crosby.
- Strupp, H.H. și Binder, J.L. (1984) *Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy*, New York: Basic Books.
- Sulloway, F. (1979) *Freud, biologist of the mind*, New York: Basic Books.
- Svejda, M.J., Campos, J.J. și Emde, R.N. (1980) „Mother-infant bonding: failure to generalize“, *Child Development*, 51: 775–9.
- Trevarthen, C. (1979) „Instincts for human understanding and for cultural co-operation: their development in infancy“, în M. von Cranach, K. Foppa, W. Lepenies și D. Ploog (coord.) *Human Ethology*, 539–71, Cambridge: Cambridge University Press.
- van der Eyken, W. (1982) *Home-start: a four-year evaluation*, Leicester: Home-Start Consultancy (140 New Walk, Leicester LE1 7JL).
- Waddington, C.H. (1957) *The strategy of the genes*, London: Allen & Unwin.
- Wärtner, U.G. (1986) „Attachment in infancy and at age six, and children's self-concept: a follow-up of a German longitudinal study“, lucrare de doctorat, University of Virginia.
- Weisskopf, V.F. (1981) „The frontiers and limits of physical sciences“, *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences*, 34.

- 276 Wenner, N.K. (1966) „Dependency patterns in pregnancy”, în J.H. Masserman (coord.) *Sexuality of women*, 94–104, New York: Grune & Stratton.
- Winnicott, C. (1980) „Fear of breakdown: a clinical example”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 61: 351–7.
- Winnicott, D.W. (1957) „Preocuparea maternă primară”, în Opere vol. 1, *De la pediatrie la psihanaliză*, Editura Trei, 2003.
- Winnicott, D.W. (1960) „Perturbarea Eului în termeni de sine adevărat și fals”, Opere vol. 4, *Procesele de maturizare*, Editura Trei, 2004.
- Winnicott, D. (1974) „Spaima de prăbușire”, Editura Fundației Generația, 2004.
- Wolkind, S., Hall, F. și Pawlby, S. (1977) „Individual differences in mothering behaviour: a combined epidemiological and observational approach”, în P.J. Graham (coord.) *Epidemiological approaches in child psychiatry*, 107–23, New York: Academic Press.
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M. și King, R.A. (1979) „Child-rearing and children's prosocial initiations toward victims of distress”, *Child Development*, 50: 319–30.

## Anexă la bibliografie

### Copilul ca țap ispășitor în cadrul familiei

Gillett, R. (1986) „Short-term intensive psychotherapy — a case history”, *British Journal of Psychiatry*, 148: 98–100.

### Părinți care utilizează tehnici de inducere a sentimentului de vinovăție

Griffin, P. (1986) *Along with youth: Hemingway, the early years*, Oxford: Oxford University Press.

### Copilul ca obiect al abuzului fizic

#### (a) Studii în domeniul psihologiei dezvoltării

Crittenden, P. (1985) „Maltreated infants: vulnerability and resilience”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26: 85–96.

George, C. și Main, M. (1979) „Social interactions of young abused children: approach, avoidance and aggression”, *Child Development*, 50: 306–18.

Main, M. și George, C. (1985) „Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress in age mates: a study in the day-care setting”, *Developmental Psychology*, 21: 407–12.

*(b) Studii de caz*

Hopkins, J. (1984) „The probable role of trauma in a case of foot and shoe fetishism: aspects of the psychotherapy of a 6-year-old girl“, *International Review of Psychoanalysis*, 11: 79–91.

Hopkins, J. (1986) „Solving the mystery of monsters: steps towards the recovery from trauma“, *Journal of Child Psychotherapy*, 12: 61–71.

Lanyado, M. (1985) „Surviving trauma: dilemmas in the psychotherapy of traumatised children“, *British Journal of Psychotherapy*, 2: 50–62.

**Copilul ca obiect al abuzului sexual**

Bass, E. și Thornton, L. (coord.) (1983) *I never told anyone: writings by women survivors of child sexual abuse*, New York: Harper & Row.

Herman, J.L (1981) *Father-daughter incest*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Herman, J., Russell, D. și Trocki, K. (1986) „Longterm effects of incestuous abuse in childhood“, *American Journal of Psychiatry*, 143: 1293–6.

